

ANNÉE 1945

N° 7

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques GIBERTAUD

Né le 6 Décembre 1917, à Ruelle-sur-Touvre (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le 3 Janvier 1945

LA GROSSESSE
OVARIENNE JEUNE

Président : M. MONDOR, Professeur

LAURE LIBRARY

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

ANNÉE 1945

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques GIBERTAUD

Né le 6 Décembre 1917, à Ruelle-sur-Touvre (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le 3 Janvier 1945

LA GROSSESSE
OVARIENNE JEUNE

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

Le Doyen.....

BAUDOUIN

Assesseur

LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	OLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Cliniques médicales.....	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ HARVIER.
	{ PASTEUR-VALLERY-RADOT.
	{ CATHALA.
	{ ROBERT DEBRÉ.
	LEVY-VALENSI.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses.....	
Cliniques chirurgicales.....	{ GOUGEROT.
	{ GUILLAIN.
	{ LEMIERRE.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUENU.
	{ BROCO.
	{ VELTER.
	{ N...
	{ LANTUEJOUL.
	{ LEVY-SOLAL.
	{ PORTES.
	{ MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-	
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique médicale propédeutique.....	SENEQUE.
Clinique de la Tuberculose.....	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	FROISIER.
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance Médico-Sociale.....	CLOVIS VINCENT.
	N...
	{ DOGNON.
	{ GIROUD.
	{ GAILLARD.
	{ JAYLE.
	{ LAROCHE.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER. N...	Médecine générale	GARCIN. DE GENNES. HAGUENEAU. LELONG. LENEGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIE. DESOILLE. DIGONNET. LACOMME. SUREAU. N...
Anatomie pathologique.	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS	Médecine légale	RENARD. HALPHEN. LAVIER. N...
Bactériologie	BONNET.	Obstétrique	LEMAIRE. Mlle J. LEVY. N...
Chimie médicale	N.. AMELINE. FEVRE. FUNC-BRENTANO MENEGAUX.	Ophthalmologie	RICHER. N...
Chirurgie générale	PATEL. SICARD. N.. N...	Oto-rhino-laryngologie ..	DESGREZ (H.). TURPIN. COUVELAIRE.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	Parasitologie coloniale ..	
Hygiène	N.. BARIETY. BERNARD (Et.). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Pathologie expérimentale.	
Médecine générale		Pharmacologie	
		Physiologie	
		Physiologie médicale....	
		Thérapeutique	
		Urologie	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.		MM.
Chirurgie générale	BASSET.	Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.	Obstétrique	VAUDESCAL.
Obstétrique	LE LORIER.		

113847

MAR 10 1949

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEBEYRE

Chirurgien Assistant des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de Médecine

*Dont le concours précieux
nous a permis de réaliser cette
thèse. Qu'il veuille bien croire
à nos sentiments respectueu-
sement reconnaissants.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Nous présentons ici une observation inédite d'une forme rare de grossesse ectopique, la grossesse ovarienne.

Guidé par le Docteur DEBEYRE qui nous a aidé de ses conseils et a mis à notre disposition la documentation dont il disposait, nous avons tenté de faire une description d'ensemble de la grossesse ovarienne, surtout dans les premières semaines de son évolution, faisant le point des connaissances actuelles sur cette question, et étudiant tout spécialement le chapitre anatomo-pathologique qui nous a paru le plus intéressant.

Nous étudierons successivement :

- l'historique
- l'étiologie
- l'anatomie pathologique
- la pathogénie
- la clinique
- le diagnostic
- le traitement

de la grossesse ovarienne jeune.

OBSERVATION

Trois grossesses ectopiques successives.

Grossesse ovarienne chez une femme ayant subi l'ablation de la trompe gauche et des annexes droites pour grossesses tubaires.

Le 16 mai 1940, Madame L... Irène, entre à l'hôpital Saint-Julien à Cambrai pour crise douloureuse abdominale. Cette femme, âgée de 40 ans, a déjà subi 2 laparotomies pour grossesses extra-utérines successives. En 1928, une grossesse tubaire droite nécessite l'ablation des annexes droites ; en 1929, une grossesse tubaire gauche nécessite une salpingectomie. Cette malade ne gardait donc que l'utérus et l'ovaire gauche ; celui-ci continuait d'ailleurs à fonctionner normalement, les règles survenaient 2 à 3 jours par mois.

La dernière menstruation normale date du 8 février ; le 8 mars, elle fut prise d'une crise douloureuse dans le bas-ventre, très intense, avec tendance lipothymique ; la douleur persiste quelques jours, atténuée, mais contrairement à son attente, aucun écoulement sanguin n'apparaît. Le 16 mars, les dou-

leurs reprennent, aussi violentes, et elle perd un peu de sang noir ; la température est à 37°5, le pouls à 85, on ne note ni ictère ni anémie.

Au toucher vaginal, l'utérus est mobile, indolore, de volume normal, le col à peine entr'ouvert ; dans le cul-de-sac, l'ovaire est perçu un peu sensible.

Le repos au lit, la glace, semblent devoir apaiser cette crise, quand le 26 mars, une nouvelle crise apparaît, et, cette fois, le cul-de-sac gauche est nettement empâté, le Douglas est douloureux.

Le diagnostic d'hémorragie interne d'origine ovarienne apparaissant probable, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale : l'utérus est normal, refoulé en avant par une masse de caillots situés dans le cul-de-sac postérieur ; on dégage l'ovaire gauche qui présente un kyste hématique rompu, de la grosseur d'une petite noix ; une hystérectomie totale est pratiquée.

Les suites opératoires sont normales, et la malade sort guérie le 12 avril ; elle est revue en excellent état le 4 mai.

Le Dr DUPERAT a pratiqué l'examen anatomo-pathologique de l'ovaire. La pièce comprend une masse dense, enrobée de caillots sanguins dans lesquels on distingue des sortes de végétations friables de coloration blanc grisâtre.

1°) l'examen de ces végétations montre qu'il s'agit de cotylédons placentaires parfaitement reconnaissables, non nécrosés.

2°) la masse pleine est constituée par du tissu ovarien que l'on identifie aisément grâce à la présence

d'un volumineux corps jaune partiellement involué. Par contre, il n'existe aucun follicule, normal ou atrophique, le stroma est quelque peu fibreux, parcouru de nombreux vaisseaux dilatés. En surface, il existe une solution de continuité de l'épithélium ovarique : à ce niveau, des caillots fibrino-cruoriques adhèrent intimement à l'ovaire. Là où l'épithélium de surface est reconnaissable, il présente un aspect des plus particulier : plissé, frangé, se reployant en profondes dépressions, il apparaît constitué par de très hautes cellules cylindriques. Cet aspect évoque la persistance d'un fragment de pavillon tubaire, mais la continuité manifeste avec le reste de l'ovaire, permet d'éliminer cette hypothèse. Sans doute, le polymorphisme de l'épithélium ovarique, bien étudié par BRANCA et LELIÈVRE, est-il connu depuis longtemps ; il n'en demeure pas moins qu'un tel aspect est assez inhabituel pour être souligné, mais il n'est pas étonnant qu'un ovaire vivant dans les conditions précaires où devait vivre cet ovaire isolé, présente un aspect anormal ; il s'agit donc d'une rupture de grossesse développée à la surface de l'ovaire, donc d'une grossesse ovarienne superficielle.

Nous croyons intéressant de signaler pour terminer, un point curieux dans les antécédents de cette malade : mariée une première fois, elle mène à terme 2 grossesses normales. Elle se remarie avec un veuf, dont la première femme était morte d'inondation péritonéale ; dès lors, toutes ses grossesses seront ectopiques. Coïncidence peut-être, mais fait troublant qui pourrait poser le problème du rôle du spermatozoïde

dans la genèse de la grossesse ectopique. Quelle que soit l'explication admise, on ne peut nier, qu'il y eut chez cette malade une extraordinaire tendance à l'ectopie gravidique.

HISTORIQUE

La grossesse ovarienne est l'implantation ovarienne d'un ovule fécondé : c'est une forme rare de grossesse ectopique.

La première description que l'on trouve dans la littérature est celle de MERCERUS et SAINT-MEURICE, en 1614. Au cours du XVII^e siècle, quelques rares cas sont publiés, mais VELPEAU, en 1835 revoit toutes ces descriptions et n'en trouve aucune de concluante. A la suite de ce travail, le septicisme devient général et la plupart des auteurs, notamment les américains TAIT, WEBSTER et BLAND SUTTON, se basant sur l'absence de tissu de Müller dans l'ovaire, nient la possibilité de grossesse ovarienne. Les auteurs allemands s'acharnent à en démontrer l'existence et en 1878, SPIEGELBERG formule une série de critères qu'il considère comme décisifs pour reconnaître les grossesses ovariennes avancées. Peu après (1880) JOEQUIN COLLET Y GERCI publie un cas répondant à ces critères ; cependant, peut-être s'agit-il là d'un kyste dermoïde plutôt que d'une grossesse. Mais GOTTSCHALK (1895) et LUDWIG (1896) publient deux cas à terme indiscutables. THOMPSON en 1902 publie le premier cas amé-

ricain concluant et WEBSTER lui-même publie deux cas certains (1904-1907).

Pendant, ces auteurs ne s'occupaient que des grossesses avancées qu'ils affirmaient en se basant sur les critères de SPIEGELBERG. Ce n'est qu'en 1899 que Catherine VON TUSSENBROEK, travaillant sur un échantillon provenant du cas de KOUWER, donne une étude histologique de la question, permettant de diagnostiquer très précocément la grossesse : en 1908, BRYCE, TEACHER et KERR publiant l'étude histologique la plus complète qu'on trouve dans la littérature publient en même temps une grossesse ovarienne indiscutable de 18 jours seulement. Peu après, WILLIAMS après une critique extrêmement sévère de tous les cas publiés depuis 1906 pouvait en retenir 13. Citons encore les mémoires de NORRIS (1909) et de LOCKYER (1916-1917).

Dans la littérature française, la première étude d'ensemble est la thèse de DOCHE (Lyon 1902). Mais le meilleur ouvrage français reste l'article de MOULONGUET et DOLERIS (1924). L'article de GERSTEL fait état de tous les cas publiés avant 1930. Chaque année, depuis, on publie un certain nombre de cas dus surtout aux auteurs américains et allemands. KLEINE, notamment étudie dans une suite d'articles la forme superficielle de la grossesse ovarienne et en établit l'existence avec certitude. Les américains, avec WOLLNER essaient de définir la pathogénie de cette affection. Aussi le nombre des observations augmente-t-il progressivement. Il est d'ailleurs peu de travaux d'ensemble sur la question: la plupart des publications se

bornent à rapporter une observation sans étudier la grossesse ovarienne dans son ensemble :

MOULONGUET citait en 1924, 74 cas de grossesses ovariennes sûres.

GERSTEL, en 1931, réunit plus de 200 cas.

Depuis cette date nous avons relevé plus de 100 nouveaux cas dont nous donnons la liste à la fin de ce travail. Mais surtout, chaque auteur essaie d'accumuler au maximum les formes de la grossesse ectopique en pratiquant un examen anatomique soigneux, des coupes histologiques nombreuses. Aussi est-il peu d'observations récentes dont le diagnostic puisse être discuté. Poussant plus loin l'étude microscopique, ils essaient de définir la localisation anatomique et distinguent la gestation folliculaire et la gestation superficielle. Dans ces dernières années, les observations se multiplient sans apporter d'élément clinique intéressant, mais précisant peu à peu les connaissances anatomo-pathologiques.

Enfin, depuis vingt ans, à la suite des allemands BASS et HAEUBER, des américains SUTTON et WOLLNER les auteurs orientent surtout leurs recherches sur la pathogénie.

ETIOLOGIE

L'étiologie de la grossesse ovarienne nous est tout à fait inconnue.

C'est une forme rare de la grossesse ectopique, et nous avons relevé les statistiques suivantes :

STREZOFF.....	1	grossesse ovarienne sur 350 grossesses ectopiques				
ZIMMERMANN	2	—	—	120	—	—
BOLLA et VAN GAAL	1	—	—	419	—	—
MAYO CLINIC.....	1	—	—	400	—	—
LENORMANT (1941)..	1	—	—	246	—	—

ce qui donnait par addition de ces différentes statistiques 6 grossesses ovariennes pour 1.535 grossesses ectopiques, soit un peu moins de 1 pour 200.

La place de la grossesse ovarienne dans l'étiologie des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne est assez discutée.

LENORMANT, sur 6 cas, diagnostique 1 grossesse ovarienne ; mais l'examen histologique ne fut fait que 2 fois. PICAUD, observant très soigneusement 62 cas d'hémorragie de l'ovaire, trouve 1 seul cas de grossesse.

La coexistence de lésions associées des organes génitaux internes a été relevée au cours d'un certain nom-

bre d'observations. Quelquefois, la grossesse ectopique survient après une longue période de stérilité ; il s'agit d'une première gestation chez des femmes mariées depuis longtemps. Dans deux cas, il y avait même eu insufflation tubaire quelques mois avant, et l'on sait qu'on a accusé cette manœuvre de favoriser les grossesses ectopiques. Parfois, un long intervalle sépare les grossesses normales de la grossesse ovarienne ; nous rappellerons un des points originaux de notre cas : du fait de son premier mari, notre malade avait eu deux grossesses normales. Elle se remarie avec un veuf dont la femme était morte d'inondation péritonéale et fait successivement deux grossesses tubaires et une grossesse ovarienne.

La rupture suit parfois des manœuvres abortives tentées pour interrompre une grossesse que l'on croyait intra-utérine.

En résumé, il ne semble pas que l'on puisse retenir grand chose de tous ces faits, trop multiples et trop épars pour avoir une valeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La grossesse ovarienne, comme toute grossesse ectopique se présente de manière différente selon l'âge auquel le gynécologue est appelé à la voir. Nous distinguerons :

1°) les grossesses avec fœtus volumineux où le sac fœtal dépasse de loin les dimensions de l'ovaire normal ;

2°) les grossesses jeunes où le fœtus est petit, a souvent même déjà disparu, et où l'ovaire est simplement augmenté de volume.

C'est que du point de vue strictement anatomique, ces 2 types de grossesse posent des problèmes différents : •

— à partir du 3^e ou du 4^e mois, la grossesse ne peut être niée : dès l'examen macroscopique de la pièce enlevée, le diagnostic est fait. Mais la difficulté est de prouver la nidation ovarienne.

— avant le 3^e mois, la localisation ovarienne est facile à reconnaître, mais il est plus difficile, sans recourir à l'examen microscopique, d'affirmer la grossesse.

C'est cette différence de points de vue que MOUTONNET a bien mis en valeur.

D'autre part, à tous les points de vue, clinique, thérapeutique ou pronostic, ces 2 stades de la grossesse ovarienne posent des problèmes totalement différents et nécessiteraient deux études successives.

Nous nous contenterons ici d'étudier en détail les formes jeunes, situant simplement les grossesses ovariennes à terme comme une évolution exceptionnelle des premières.

LES GROSSESSES OVARIENNES JEUNES (moins de 4 mois).

1°) Il en est certaines que l'on peut rapprocher des formes près du terme, au moins du point de vue anatomo-pathologique en ce sens que le diagnostic de grossesse ovarienne est fait par le seul examen macroscopique de la pièce : ce sont celles dans lesquelles le fœtus ou un élément fœtal est visible à l'œil nu. GERSTEL en réunit 78 cas. Nous en ajoutons 37.

L'ovaire est augmenté de volume ; sa taille varie et les comparaisons affluent : noix, pêche, œuf d'oie, etc. Les dimensions augmentent avec l'âge de la grossesse. Il occupe souvent une situation normale dans le pelvis et est relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien. Il est séparé de la trompe, quelquefois couchée sur lui, finement adhérente. L'ovaire est peu déformé, facilement reconnaissable ; sa surface est souvent lisse, parfois il est extrêmement kystique et est pris pour un kyste de l'ovaire. GARRÉT dit que : « l'ovaire était gros et hémorragique, la trompe gauche intacte. Il n'y avait pas d'hémorragie abdominale ». L'ovaire apparaît parfois normal ou à peine

augmenté de volume ; mais il est bosselé par de petits kystes hématiques. Il est assez fréquent de voir nettement, au niveau de l'ovaire, une déchirure de dimensions variables, allant de 1 à 2 cm., par où s'écoule du sang, et plus ou moins bouchée par un caillot.

Très instructive est la coupe longitudinale de l'ovaire qu'il faudrait mieux pratiquer après une rapide fixation. Elle montre l'existence d'une cavité remplie de liquide clair ; la cavité est bordée par une membrane irrégulière, grisâtre quand le chorion a disparu, lisse et brillante si les annexes sont intactes. Au centre de ce liquide, baigne un embryon dont la taille varie avec l'âge ; dans nos observations, le plus petit mesurait 4 mm. (SPACKMANN), le plus grand 5 cm. 5 (TITUS). Le plus souvent d'ailleurs, l'aspect est masqué par une infiltration hématique qui noie tous les éléments et en gêne la reconnaissance. Dans une observation (RICARD et FRANCILLON) c'est par expression de la masse que l'on fait jaillir l'œuf. Le tissu ovarien est lésé par le développement de l'œuf, toujours reconnaissable. Ses vaisseaux apparaissent dilatés.

A côté de cette formation, il n'est pas rare de trouver un corps jaune. C'est un corps jaune de grossesse, plus gros et plus vivement coloré que le corps jaune de menstruation, et ce d'autant plus que nous sommes dans les premiers mois de la gestation. En principe, l'existence du corps jaune permettrait de distinguer différentes formes de grossesse ovarienne jeune :

— lorsqu'il n'y a pas de corps jaune visible : grossesse intra-folliculaire,

— lorsque le corps jaune siège sur l'autre ovaire : grossesse superficielle,

— lorsque le corps jaune est nettement séparé de l'œuf par une bande de tissu ovarien : grossesse suprafolliculaire.

2^o) Lorsqu'on ne trouve pas à l'intérieur de l'ovaire cet œuf complet ou des éléments choriaux ou fœtaux macroscopiquement reconnaissables, le diagnostic de grossesse ovarienne ne peut être fait avec certitude que par l'examen microscopique. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que les signes macroscopiques de grossesse disparaissent rapidement : la lyse de l'embryon est relativement rapide d'une part, et l'hémorragie qui accompagne l'avortement abdominal entraîne avec elle la majeure partie de l'œuf ; dans le cas de BROUHA, trente deux heures après les phénomènes syncopaux marquant l'hémorragie et par suite l'arrêt de la grossesse, on a peine à distinguer l'embryon. En quelques jours, un embryon de 2 à 6 mm. disparaît sans laisser de traces. Les aspects peuvent alors être divers :

— c'est le plus souvent un gros ovaire plus ou moins violacé,

quelquefois il pend à sa surface une masse hémorragique que l'on pourrait considérer comme une hémorragie folliculaire banale,

— assez souvent, il existe une fissure par où sourdent quelques gouttes de sang. Un caillot est souvent fixé au voisinage de cette zone.

— dans l'observation de REINECKE : « l'ovaire gauche est gros comme un œuf de poule, ayant l'aspect rebondi d'un kyste rempli de sang ».

WOLLNER, observe un aspect comparable.

— dans le cas de SPEARS « l'ovaire gauche est aussi augmenté et hémorragique, mais son volume ne peut être déterminé, l'aspect étant celui d'une balle de caoutchouc éclatée ». Ceci est d'autant plus intéressant que l'autre ovaire, du volume d'une noix, portait un petit kyste hémorragique qui se montra « type cystome ».

— pour WOLLNER « tumeur ronde, mesurant 7 × 9 cm., occupant la place de l'ovaire droit, rattachée à l'utérus par un ligament ovarien ; l'ensemble avait une couleur brunâtre et était fluctuant... la tumeur ressemblait parfaitement à un kyste « chocolat » ou à un endométrioïde de l'ovaire ».

— DAVIES et STEVENS YOUNG : « l'ovaire droit mesure 5 cm. 5 de diamètre et son aspect évoque l'endométrioïde ».

— KLEINE « crut que l'hémorragie provenait de l'ovaire droit, et fut amené à l'enlever à la suite de déchirure du mésosalpynx, au cours de la libération. L'ovaire gauche, de taille normale, fut alors seulement reconnu comme la source de l'hémorragie ; en effet un champignon sanglant, de la grosseur d'une noix adhérait à l'ovaire, au niveau d'une plaque grosse comme une lentille ».

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Cette étude apparaît comme le chapitre le plus important, car c'est le plus souvent le microscope qui permet d'affirmer la réalité de la gestation ovarienne ; nous venons de voir combien l'aspect macroscopique pouvait être trompeur.

Plus de cent grossesses ovariennes n'ont été révélées que par l'examen histologique ; aux 66 de GERSTEL, nous en ajoutons 58.

Il faut donc examiner l'ovaire suspect en entier ; on n'a pas craint de conseiller les coupes en série. FORSSNER, ANDERSON croient que le nombre des cas étiquetés « hémorragie ovarienne idiopathique » diminuerait considérablement si l'on appliquait toujours ce principe. HELJL dit « hémorragie du corps jaune » ; sur la coupe, il y avait des villosités choriales au centre du corps jaune. Mais parfois, sous l'action de l'hémorragie, l'œuf s'est détaché en entier ; l'examen de l'ovaire risque d'être moins instructif. Il est bon alors d'examiner avec soin les caillots retirés de l'abdomen ; on y trouve quelquefois un « morceau de chair » où l'on pourra mettre en évidence des villosités choriales. MILEW a pu ainsi faire le diagnostic. Lorsqu'un caillot est adhérent à l'ovaire, il faut le garder et l'examiner soigneusement : BRINGS voit, sur un ovaire de la taille d'une noix, saillir un caillot gros comme un doigt ; seul l'examen de ce caillot permit d'affirmer la grossesse ovarienne.

Il sera bon de compléter par un examen histologique de la trompe utérine et si possible par un prélèvement de l'endomètre.

Il ne faut d'ailleurs pas croire que le diagnostic est facile et que les signes de gravidité s'affirmeront toujours indiscutables. Dans un tissu ovarien remanié par l'hémorragie, la recherche n'est pas facile ; l'œuf disparaît rapidement. Ce phénomène de la lyse embryonnaire frappe par sa rapidité et sa puissance. Rappelons le cas de BROUHA qui, trente deux heures après les accidents syncopaux marquant l'hémorragie et l'arrêt de la grossesse, reconnaît difficilement l'embryon. Il est heureux que les annexes fœtales subsistent plus longtemps ; mais leur aspect cesse rapidement d'être typique et leur nombre devient vite très restreint.

Nous demanderons avant tout à l'examen microscopique de poser avec certitude le diagnostic de grossesse ovarienne ; et pour cela il faut trouver des éléments choriaux ou fœtaux en connexion intime avec le tissu ovarien. Comme MOULONGUET l'a dit fort justement, c'est la présence des villosités choriales dans l'ovaire qui fait dire grossesse ovarienne.

La villosité choriale est donc le témoin le meilleur de la gestation ; une fois nidé, l'œuf grossit et à partir de la 3^e semaine, le chorion pousse des prolongements de plus en plus ramifiés. Ces prolongements sont d'abord purement épithéliaux, puis se creusent bientôt d'un axe vasculaire. Dans les œufs jeunes, le revêtement épithélial est formé de 2 couches distinctes ; une couche superficielle ou couche syncytiale, syncytium, ou encore plasmoditrophoblaste — une couche profonde sous-jacente, cellulaire, cellules de Langhans ou cytotrophoblaste. Les cellules du syn-

citium sont de grande taille, de forme irrégulière, fusiformes ou ovalaires, réunies par travées. Le protoplasme en est fortement coloré par l'éosine. Le noyau, irrégulier, est quelquefois multiple. Les cellules de Langhans sont des cellules de taille identique, assez grosses, arrondies et vacuolaires, le protoplasme est finement mousseux. Le noyau est petit, central, riche en chromatine. Certains éléments peuvent se séparer de la villosité qui leur a donné naissance et apparaître comme des masses multinucléées. Il est fréquent que les villosités choriales ne soient normales qu'en quelques points ; le plus souvent, elles sont longues, étroites, dépourvues d'épithélium, atrophiques, dégénérées. Elles sont quelquefois localisées à une zone très minime de la pièce : ainsi dans l'observation de GERSTEL elles sont rassemblées dans une zone de 2 mm $\times$ 1/4 mm.

Ces villosités choriales s'infiltrant dans le stroma ovarien, et la pénétration de l'ovaire par les formations trophoblastiques permet d'affirmer la nidation ovarienne. Il est rare que de ces éléments choriaux ne soient pas trouvés dans l'ovaire ; nous discuterons ce fait tout à l'heure. Mais comment vont réagir les cellules de l'ovaire devant cette invasion ? Nous savons que dans l'utérus, les éléments conjonctifs de la muqueuse au contact du chorion, subissent une évolution remarquable ; les cellules se gonflent, prennent un aspect épithélioïde ; ces cellules épithéliiformes, dites cellules déciduales forment des amas considérables. Lorsqu'il y a rétention placentaire ancienne, les villosités choriales peuvent avoir disparu,

et seule la présence de cellules déciduales dans les débris de la muqueuse permet de reconnaître la nature de la lésion. Dans la grossesse tubaire, la transformation déciduale n'est pas aussi intense. Dans la grossesse ovarienne, on discute même son existence. La plupart des auteurs signalent l'absence de modifications déciduales dans le stroma ovarien (ANDERSON, BROWN, HOEHNE, PEDERLIN, MARTIN, MAC INTYRE et ZIMMERMANN). CATURANI, discutant le cas de SWEENEY dit : « Il est inhabituel de trouver du tissu décidual ». Et pourtant, certaines observations en font mention : MAC CARTHY, KLEINE, REINECKE, JOHNSTONE, YOUNG et HAWK, JORDAN, ENRIQUEZ, GRUNDFAST et SCHENK, WEBSTER et WILLIAMS, SUTTON.

A la périphérie de l'hématome, aux environs des vaisseaux sanguins, au niveau des régions de pénétration des villosités choriales, il existe des nids cellulaires. Les cellules sont de grande taille, vésiculeuses et gonflées. Le cytoplasme en est légèrement acidophile, le nucléole large et lobulé, parfois même divisé. SUTTON les considérerait comme du « tissu de Müller » déplacé. BRYCE, TEACHER et KERR reconnaissent leur ressemblance avec la décidue utérine : « si elles étaient des éléments conjonctifs gonflés, elles seraient analogues aux cellules déciduales dans leur mode de développement, et représenteraient un effort de la part du tissu ovarien pour réagir comme le fait l'endomètre ». Cette réaction est si minime que ces auteurs ne veulent pas y voir de véritables cellules déciduales. En effet, ces grandes cellules que l'on trouve éparses dans le stroma ovarien peuvent être

interprétées aussi bien comme des cellules choriales ou des cellules lutéiniques. JORDAN y voit des cellules lutéiniques dégénérées. HUNTER croit que ces cellules proviennent de la membrana granulosa au même titre que les cellules lutéiniques. Une telle interprétation s'accorde avec celle de CORNER qui démontre chez le porc que le corps jaune provient principalement de la granulosa et pour une petite part seulement des cellules de la thèque interne.

On a tenté de reconnaître l'origine de ces cellules en s'adressant à des colorants spéciaux. MEYER proposa le carmin de BEST. En effet les cellules lutéiniques ne se colorent pas puisqu'elles ne contiennent pas de glycogène. Au contraire, le résultat est souvent positif dans la cellule choriale. Mais les résultats ne sont pas aussi valables dans l'ovaire que dans l'utérus, et d'autre part, on sait que le carmin de BEST est loin d'être spécifique. Le scarlat-rot colore en orange certaines inclusions protoplasmiques des cellules lutéiniques. Les cellules déciduales n'en montrent pas ; malheureusement les cellules dégénérées prennent souvent le colorant ; et même certains fibroblastes et monocytes.

Il semble toutefois logique d'admettre la réalité d'une réaction déciduale ; mais il est impossible de la prouver. KLINE, examinant 74 cas de grossesses tubaires, établit qu'« une réaction déciduale de grande ou de petite importance apparaît constamment dans la zone d'implantation. Le tissu décidual persiste aussi longtemps que les villosités choriales sont intactes. Or à la suite de l'interruption de la grossesse

par hémorragie et de la dégénérescence des villosités, le tissu décidual subit une involution locale ». La réaction déciduale est souvent peu marquée dans la trompe où pourtant les conditions sont voisines de celles de l'utérus : ne nous étonnons pas qu'elle soit absente de la majorité des cas de grossesse ovarienne.

On sait la rapidité avec laquelle une caduque apparaît dans l'utérus au cours des grossesses ectopiques ; n'a-t-on pas voulu faire du curettage utérin une méthode de diagnostic de la gestation tubaire ? Peu d'examen de l'endomètre ont été pratiqués au cours de l'évolution de la grossesse ovarienne : CLÉMENT a fait un curettage, et comme MEYER et WYNNE, n'a pas trouvé de décidue dans l'endomètre. NORRIS croit d'ailleurs qu'elle est expulsée habituellement par le col peu après la mort de l'embryon.

Nous arrivons maintenant à une question également controversée, et où il n'est pas non plus toujours facile d'entrevoir la vérité : les rapports de l'œuf avec le corps jaune. Il est maintenant classique de décrire :

- une grossesse intrafolliculaire ;
- une grossesse superficielle.

Dans la grossesse intrafolliculaire, l'ovule est fécondé dans la cavité folliculaire et s'y développe : l'œuf est donc entouré par le corps jaune ou du moins affecte des rapports très étroits avec lui.

La grossesse superficielle est caractérisée par l'implantation de l'œuf à la surface de l'ovaire : il n'affecte aucun rapport avec le corps jaune.

SUTTON et la majorité des auteurs anglais appellent

deux formes de grossesse ovarienne primaire et secondaire : pour eux la grossesse intrafolliculaire est une grossesse ovarienne primaire, car l'ovaire ne possède qu'une structure qui soit adaptée à la nidation de l'œuf, c'est la cavité bordée d'épithélium du follicule de GRAAF. La grossesse superficielle est toujours une grossesse secondaire car l'œuf fécondé au-delà de l'ovaire poursuit une certaine phase de son développement dans quelque formation ou cavité voisine, puis s'implante secondairement dans l'ovaire ; la grossesse superficielle ne serait même que passagèrement une grossesse ovarienne, puisqu'en poursuivant son développement, elle empiète sur les organes voisins, ne gardant avec l'ovaire que des rapports limités.

A ces deux types classiques BROUHA et ROBINSON ont voulu ajouter une forme suprafolliculaire, où l'œuf est sur le follicule, sans que celui-ci participe à sa formation : KLEINE ne voit là qu'une forme de grossesse superficielle où le corps jaune est dans l'ovaire gravide. KING isole la forme interstitielle à propos d'un cas situé dans la substance ovarienne, loin du corps jaune.

Ces distinctions ne s'appliquent évidemment qu'aux formes jeunes, car en augmentant de volume, un œuf placé à la superficie peut au cours de sa croissance, pénétrer dans l'ovaire ; et un œuf nidé dans le follicule peut traverser la paroi et se développer à la superficie.

La grossesse intrafolliculaire, pour les auteurs classiques, représente la forme la plus fréquente de grossesse ovarienne. Elle n'est contestée par personne.

La réalité de la grossesse ovarienne superficielle fut plus difficile à faire admettre ; MARTIN et HOEHNÉ, KERMAUNER nient son existence. Si KERMAUNER ne croit pas à la réalité de la grossesse extra-folliculaire, MILLER considère la fixation primitive de l'œuf à la superficie de l'ovaire comme la forme la plus fréquente. Les auteurs allemands ont essayé dans des travaux récents de fixer la place de la grossesse ovarienne superficielle. KLEINE, en 1932, dénombrait 17 cas certains, ceux de FRANZ, de SHICKELE, de BUSALLA, de KEIL et BENECKE, de SEEDORF, de BÜTTNER, de VINEBERG, de GERSTEL, de STUX, de HEWETSON-LLOYD, de WHITEHOUSE, de BAUER-GRONE, de BROUHA, de ZIMMERMANN-SIMON, et 3 cas personnels. Nous devons y ajouter les cas de BAÏDIN, de KOVACKS (2), de FILEP, de BRINGS, de MILEW, de JOHNSTONE, FAHMY et KELLAR (2), de LENCZOWSKI, de HYAMS. Dans tous ces cas, la nidation s'est effectuée à la superficie de l'ovaire, sans rapport avec le corps jaune, l'œuf siégeant directement au niveau ou au voisinage de la zone de rupture du follicule.

Il faut donc étudier dans la grossesse ovarienne la situation de l'œuf par rapport au corps jaune. Nous avons revu toutes les observations ; il en est un certain nombre où l'examen microscopique ne détaille pas les rapports avec le corps jaune. 33 seulement permettent de classer le type de gestation. 12 sont superficielles et 21 intrafolliculaires.

Les 12 grossesses superficielles répondent aux caractères demandés par KLEINE ; certaines ne peuvent être intra-folliculaires car le corps jaune est situé dans l'ovaire opposé.

Dans les grossesses intra-folliculaires, les rapports avec le corps jaune sont intimes, mais variables, et parfois assez difficiles à définir. Tantôt la paroi du corps jaune forme la paroi même du kyste fœtal. Pour MILLER, ce serait la seule vraie grossesse intra-folliculaire : les cellules lutéiniques doivent former un fer à cheval autour de l'œuf (REINECKE, JORDAN, MILLER, TREITE et DIEKE) — tantôt il est seulement précisé que le corps jaune est en relations étroites avec l'œuf. Dans 2 cas, le corps jaune n'est pas trouvé (WOLLNER, GINGLINGER) : cette absence de corps jaune s'expliquerait par le fait que la nidation a eu lieu à la base du follicule (HOEHNE) — ce fait serait en faveur de la grossesse intrafolliculaire puisque dans la grossesse superficielle, par définition, le corps jaune n'est pas touché par l'œuf ; mais le corps jaune peut être dans l'ovaire opposé, comme dans l'observation de KLEINE.

Telles sont les trois questions principales auxquelles l'histologiste devra répondre : présence de cellules choriales — présence de cellules déciduales — rapports de l'œuf et du corps jaune.

L'ovaire conserve, dans la grossesse jeune, son aspect normal ; son revêtement péritonéal n'est interrompu qu'au niveau de la rupture. On y voit des follicules atrophiques, des corpi albicantes, quelques follicules de de GRAAF, mais la vascularisation du stroma est toujours très accentuée : veines dilatées, artères congestionnées et surtout une extravasation sanguine assez importante.

ÉVOLUTION ANATOMIQUE.

1°) Comme toute grossesse ectopique, la grossesse ovarienne évolue habituellement vers la rupture.

L'œuf fécondé se fixe sur, ou dans l'ovaire. Il se nide activement grâce à son trophoblaste. La circulation sanguine maternelle se développe très vite, mais les conditions favorables ne sont pas remplies : le tissu ovarien, rigide et compact, n'a pas, comme la caduque utérine, les qualités nécessaires. L'embryon insuffisamment nourri souffre. Très vite, cet appareil vasculaire important mais précaire va se détruire ; on a discuté le mécanisme de la rupture des grossesses ectopiques.

Etudiant la grossesse tubaire, les anciens auteurs croyaient que la trompe éclatait, lorsque sous l'influence de la croissance de l'œuf, elle avait atteint son maximum de dilatation. Si ce processus est valable pour la grossesse intra-folliculaire, il ne peut être discuté dans la grossesse superficielle. Il faut donc admettre, là plus qu'ailleurs, que l'hémorragie est due à la puissance érosive des villosités choriales, qui pénètrent dans la lumière des vaisseaux déjà dilatés par la présence de la grossesse. Il s'ensuit une hémorragie péri-ovulaire, et bientôt une hémorragie intra-péritonéale. STRASSMANN croit que la date de cette rupture varie suivant la situation de l'œuf : dans la grossesse superficielle, la mince paroi est bientôt épuisée : il y a rupture précoce. KLEINE insiste sur ce fait et le considère comme le meilleur symptôme de ce type de gestation. Au contraire, la grossesse intra-

folliculaire donne une meilleure base à l'insertion placentaire : la rupture est plus tardive et dans un certain nombre de cas, la grossesse irait jusqu'à terme : ne dit-on même pas que de toutes les grossesses ectopiques, la grossesse ovarienne est celle qui se prolonge le plus longtemps ?

Carl F. HEIJL demande « si la guérison spontanée d'un avortement ovarien est possible ? ». FORSSNER en réfère à un cas publié par GILLES dans lequel les villosités choriales se trouvaient dans le caillot péri-tonéal. Dans le cas de BOWIN (grossesse tubaire dans une trompe tuberculeuse) on avait trouvé quelques villosités dans un caillot, mais aucun dans la trompe elle-même. TRANGOTT, en 1926, a trouvé dans le sang abdominal un petit œuf auquel adhéraient des fragments de muqueuse tubaire. Ainsi, il n'est pas invraisemblable que si survient une hémostase spontanée, l'œuf ne soit rapidement phagocyté et absorbé.

2°) Enfin, si la rupture reste l'évolution la plus fréquente, on ne peut passer sous silence les cas où la grossesse évolue pendant plusieurs mois, et parfois jusqu'à terme. Rappelons d'ailleurs que ces cas sont les plus anciennement connus : GERSTEL a retrouvé 37 cas. Nous en ajoutons 22. Mais il faut remarquer que si avant 1900, les grossesses ovariennes à terme semblaient fréquentes, leur fréquence relative tend à diminuer depuis que l'examen systématique des pièces opératoires permet de reconnaître sûrement les grossesses ovariennes jeunes.

L'aspect macroscopique diffère peu de celui de toute grossesse ectopique : à terme, elles se fondent toutes

pour ressembler à une grossesse abdominale. Ce que l'on voit dès l'ouverture du ventre, c'est une tumeur rougeâtre ayant contracté de nombreuses adhérences avec les organes voisins. Les membranes de l'œuf fusionnent plus ou moins avec l'intestin, et des vaisseaux anormaux les unissent aux mésos péritonéaux. La trompe court à la face superficielle du sac fœtal. L'œuf est de grande taille : dans le cas de WENZOWSKY, il mesurait 24 c/m. de longueur sur 15 à 19 c/m de largeur. Le placenta est souvent divisé en cotylédons éloignés les uns des autres. Le fœtus est un peu plus petit qu'un fœtus normal. Il est rare que l'enfant reste vivant : nous avons cependant trouvé dans la littérature 6 cas (LUDWIG 1896, KIRCHNER 1909, MICHOLITSCH 1927, LAU 1932, SCHORSCH 1936, WAHL 1936) où l'enfant fut extrait vivant par césarienne et survécut normalement.

Il est un certain nombre de cas de lithopédions : 7 cas nous sont connus : FUTH, GOTTSCHALK (1893) LÉOPOLD, PELTIER DE QUEIROZ, SANGER, SANTTI, SITTLER. Dans 1/3 des cas recueillis par WILLIAMS, la grossesse avait été à terme. Ainsi l'ovaire s'accomoderait-il plus aisément que la trompe d'une grossesse ovarienne.

Mais ce qui compte, dans une telle grossesse, c'est la recherche des signes permettant d'affirmer que la nidation est bien ovarienne : SPIEGELBERG (1878) demande les caractères suivants :

- 1°) absence de l'ovaire du côté correspondant,
- 2°) une partie de la trompe et du pavillon doit entrer dans la formation de l'œuf,

3°) l'œuf doit être relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien,

4°) il doit être lié intimement au ligament large.

5°) les rapports topographiques de l'œuf doivent être analogues à ceux d'une tumeur de l'ovaire,

6°) la possibilité d'une grossesse dans une trompe accessoire doit être éliminée (WERTHEIM),

7°) dans la paroi de l'œuf, il doit y avoir du tissu ovarien.

PATHOGENIE

A première vue, la pathogénie de la grossesse ovarienne paraît simple :

— ou l'ovule est fécondé sur place, avant sa sortie du follicule de de GRAAF : c'est la grossesse intrafolliculaire.

— ou l'ovule est fécondé à sa sortie du follicule et nidé à la surface de l'ovaire : c'est la grossesse superficielle.

Ceci explique les grossesses ovariennes primaires. On ne peut exclure la possibilité de grossesse secondaire : une grossesse évolue dans la trompe, lieu de fixation habituel des grossesses ectopiques : survient un avortement tubo-abdominal. L'œuf libéré peut se réimplanter au niveau de l'ovaire. Sans doute se fixera-t-il plutôt à la superficie, mais rien ne permet d'affirmer qu'il ne puisse s'implanter dans un follicule rompu. On ne peut qu'invoquer ce processus, lorsque, comme dans un cas de KLEINE, le corps jaune est développé dans l'ovaire opposé. SUTTON et WOLLNER disent que la grossesse superficielle ne peut être qu'une grossesse secondaire, car l'ovaire ne possède qu'une structure qui soit adaptée à la nidation

de l'ovule fécondé : la cavité bordée d'un épithélium, du follicule de de GRAAF.

Où la question devient plus confuse, c'est lorsque l'on cherche à établir les raisons pour lesquelles le cheminement de l'ovule est troublé. Sans doute, est-il facile d'invoquer des facteurs mécaniques : I. VEITS croit que les modifications du cortex ovarien peuvent arrêter l'ovule : rides, épaissement de la capsule, dégénérescence microkystique. BAÏDIN croit que l'inflammation joue un rôle de fixation ovarienne : il reprend les idées de PRITZI qui pense que la grossesse tubaire est d'origine inflammatoire et en donne pour preuve la présence constante de plasmazellen dans la muqueuse salpyngienne. La présence de plasmazellen à la limite de l'ovaire et de l'œuf étaye cette théorie dans le cas qu'il observe.

Et n'était-il pas tentant de faire jouer un rôle à la présence de plages endométriales à la surface de l'ovaire ? WEBSTER ne refusait-il pas d'abord droit de cité à la grossesse ovarienne parce que l'ovaire ne possédait pas l'endomètre, le « tissu de Müller » nécessaire à la nidation ? En 1904, il voit dans un cas reconnu par lui comme une grossesse superficielle des cellules qu'il croit provenir de restes du canal de Müller : la grossesse ovarienne se produirait par implantation de l'ovule dans ce tissu. ALBRECHT, LYLE, A. SUTTON font de ces îlots endométriaux un point d'appel pour l'ovule. Mais, comme le remarque STUX, aucun cas n'avait été apporté jusqu'en 1932. A cette époque, KLEINE publie une observation où des restes endométriaux sont signalés. Il n'y a peut-être d'ail-

leurs que coïncidence, car comme l'ont montré MENGE et OETTINGEN, ces formations endométriales sont très fréquentes dans l'ovaire. — Enfin, toujours dans le cadre des facteurs mécaniques, on peut supposer que la trompe étant fermée, l'ovule ne peut gagner la cavité utérine ; il est vrai qu'il faut admettre que l'orifice salpyngien est trop étroit pour laisser passer l'ovule, mais assez large pour permettre au spermatozoïde d'aller à la rencontre de l'élément femelle. Or si KLEINE a trouvé une fois une sténose salpyngienne, d'autres auteurs ont cathétérisé la trompe et l'ont trouvée perméable.

Les études récentes de physiologie génitale ont amené à des vues plus larges sur la pathogénie de la grossesse ovarienne. Et c'est un trouble de l'ovulation qu'on tend à mettre en cause, surtout pour la grossesse intra-folliculaire. Déjà, MARTIN avait pensé que l'ovule était fécondé dans le follicule, du fait de la vigueur du sperme, et qu'il y était retenu par la fermeture trop rapide des bords de la brèche. LUDWIG admettait la communication de deux follicules ; le sperme passait de l'un à l'autre. Un seul expulsait son ovule. L'autre ovule restait en place et était fécondé.

Pour une raison quelconque, l'ovule ne quitte pas le follicule, et ceci est explicable de deux façons ; une théorie admet que l'occlusion par de la fibrine de la zone de rupture rend impossible l'évasion de l'ovule. Cette idée n'est pas satisfaisante, puisque dans un tel cas, le spermatozoïde ne pourrait pas arriver jusqu'à lui. — La seconde théorie suppose que l'ovule

n'est pas entraîné par le liquide folliculaire, et reste bloqué dans le follicule : les études de STRASSMANN ne confirment pas non plus ces vues.

Il est d'ailleurs extrêmement difficile d'étudier l'ovulation pathologique ; et toutes les ovulations pathologiques n'aboutissent pas à la grossesse ovarienne, parce qu'il faut un second facteur également exceptionnel, la pénétration du spermatozoïde à l'intérieur du follicule.

SUTTON et BASS voient à l'appui de cette théorie la stérilité que relatent certaines observations ; cette stérilité serait due à un trouble de l'ovulation ; il y aurait atteinte de la motricité ovarienne. La plupart des ovules ne se libèrent pas et meurent. L'un par hasard est fécondé dans sa prison et s'y développe. La chasse de l'ovule serait conditionnée par la lutte de deux facteurs : la pression du liquide intra-folliculaire et la résistance de l'albuginée. C'est le changement de tension du follicule qui fournit la force nécessaire à la libération de l'ovule ; et toute altération de l'albuginée ovarienne va entraîner un accroissement de résistance de la paroi folliculaire. En effet, l'étendue de la rupture sera très diminuée et le liquide ne jaillira pas brutalement, mais s'écoulera lentement, manquant de force pour entraîner l'ovule. Ce mécanisme pathologique pourrait être appelé « rupture lente du follicule ». Et WOLLNER croit trouver une preuve de ce processus dans le fait qu'il y a fréquemment des signes macroscopiques et microscopiques d'oophorite chronique : « les auteurs qui ont fait une étude soigneuse de leurs échantillons ont

trouvé que ces ovaires étaient richement remplis de kystes folliculaires de taille variable. Mes observations microscopiques confirment ces découvertes. Les kystes folliculaires sont des follicules de de GRAAF non rompus qui ne peuvent se rompre parce qu'ils rencontrent trop de résistance du fait de l'albuginée ». On arrive ainsi à cette conclusion que le phénomène pathologique ne se limite pas à un seul follicule de de GRAAF mais atteint l'ovaire tout entier.

La théorie pathogénique de KOVACS est assez curieuse : il admet que chez certaines femmes, l'ovulation au lieu de se faire périodiquement, tous les 28 jours, ne pourrait se faire qu'à la faveur de l'orgasme accompagnant le coït. Dans ces conditions, le sperme rencontre très vite un ovule qui vient juste d'être pondu, et qui aussitôt fécondé se niderait là où il se trouve, et en particulier sur l'ovaire. — KOVACS appuie cette théorie originale sur le fait que beaucoup de grossesses ovariennes surviennent chez des femmes stériles depuis de longues années et parfois après un « coït orageux » (ITZKIN). — Quelle que soit sa valeur, cette hypothèse se rattache indirectement à la théorie la plus admise actuellement puisqu'elle aussi fait intervenir comme cause première un trouble de l'ovulation.

CAFFIER croit qu'au cours de l'ovulation, la trompe joue un rôle important ; il établit qu'au moment de la rupture du follicule, sous l'influence d'une sorte d'érection, les franges de l'ampoule se placent directement en regard du follicule mûr et prêt à se rompre. Il y aurait alors un véritable mouvement de suc-

cion qui aboutirait à la prise active de l'œuf. Le défaut d'ovulation pourrait être dû à un trouble de cette fonction préhensive de la trompe.

Il est assez séduisant de considérer la grossesse ovarienne comme le résultat d'un trouble de l'ovulation d'origine à la fois tubaire et ovarienne : l'ovule n'est pas soumis à la force nécessaire pour être libéré de ses attaches et expulsé : il reste dans le follicule. La malade est, ou devient stérile, à moins que sous l'influence de circonstances favorables, l'ovule ne soit fécondé à l'intérieur du follicule. Il reste à démontrer que la fécondation puisse se faire à l'intérieur du follicule : sans doute, pourrait-on penser au développement parthénogénétique que LOEB obtenait à l'intérieur de l'ovaire du cochon d'Inde dans 10 % des cas. Beaucoup pensaient que la couche de cellules granuleuses du cumulus ovigère ne pouvait être traversée par les spermatozoïdes : « Le film pris à la Clinique de STOECKEL sur la fécondation du lapin montre nettement un spermatozoïde pénétrant entre les cellules à lutéine et arrivant jusqu'à l'œuf » (RUPP).

CLINIQUE

On est appelé à voir la grossesse ovarienne dans deux éventualités :

— ou elle s'arrête précocément, par décollement de l'œuf et hémorragie péri-ovulaire et elle donne des accidents plus ou moins dramatiques d'hémorragie interne,

— ou elle se développe et arrive quelquefois à terme : elle s'accompagne alors d'un syndrome de faux travail suivi de la mort et de la rétention du fœtus.

RUPTURE DE LA GROSSESSE OVARIENNE.

L'aspect clinique de la grossesse ovarienne ressemble à celui de la grossesse tubaire : essayer de distinguer ces deux formes de grossesse ectopique nous semble illusoire. Jamais le diagnostic clinique de grossesse ovarienne n'a été posé.

Il est peu de cas où l'examen clinique ait été fait avant la rupture : dans le cas de CRANMER, par exemple, on trouve une tumeur latéro-utérine, sans modification menstruelle, mais avec des crises douloureuses.

Le plus souvent, lorsque la malade consulte, elle présente des signes d'hémorragie intra-péritonéale ; ils ne se distinguent pas de ceux de la grossesse tubaire. Il s'agit tantôt d'un syndrome d'hémorragie grave et tantôt d'une hématocele pelvienne. A. GUINET croyait que lorsqu'elle se rompait, la grossesse ovarienne donnait toujours lieu à l'inondation péritonéale. MOULONGUET croit que plus souvent, l'hémorragie est peu abondante et ne constitue qu' « un hématome du Douglas, une hématocele rétro-utérine ». Nous pencherions plutôt pour la première hypothèse : étudiant 37 cas où le syndrome clinique est bien défini, nous relevons 23 inondations péritonéales et 14 hématoceles.

Le syndrome clinique présente le caractère habituel : dans l'observation de RAIMONDI, GIL et GALCAGNO, nous retrouvons tous les signes de l'inondation péritonéale. La douleur haute de LAFFONT est assez souvent notée, et le signe de CULLEN (ecchymose du nombril) a été relevé par SUSSI et par RAIMONDI.

Il est fréquent que l'évolution des accidents hémorragiques se fasse en plusieurs temps : après une première hémorragie plus ou moins dramatique, la malade se remet ; les jours suivants nouvel épisode douloureux ; enfin, ou bien des crises successives, ou bien syndrome brutal d'inondation péritonéale. TONDEUR marque bien l'évolution en 3 temps : rupture ovarienne — constitution de l'hématocele — rupture de l'hématocele. GRAFF note également que les premières douleurs sont dues à l'hémorragie intra ovarienne.

Le syndrome clinique est si vague que la grossesse ovarienne est toujours une découverte fortuite : c'est en opérant une malade pour rétroversion utérine que TREITE et DIEKE trouvent un hématome de l'ovaire et pratiquent une ovariectomie.

Les antécédents apportent-ils des présomptions de grossesse? BANKS était d'avis que la rupture de la grossesse ovarienne survient le plus souvent vers la 3^e semaine, et donc, avant tout retard de règles. MOULONGUET est du même avis. Il est indiscutable que certains observateurs ne mentionnent pas de période d'amménorrhée, et que c'est parfois à la fin des règles que se manifestent les premiers signes. Cependant, il n'y a là rien de constant, et il est plus fréquent de voir noté un retard de règles : mais comme dans la grossesse tubaire, retard de règles ne veut pas dire absence de pertes sanguines.

Les cas précocement rompus sont d'ailleurs les plus difficiles à reconnaître, car il n'y a pas de période d'amménorrhée, et on ne peut compter sur l'existence d'une masse latéro-utérine : celle-ci semble n'exister que lorsque la grossesse est rompue. « La formule classique, que la grossesse ectopique se traduit par l'association des signes subjectifs de la grossesse et des signes objectifs d'une salpyngite nous paraît trop théorique et ne correspond guère à ce que nous avons vu chez nos malades » écrivait récemment LENORMAND. HYAMS, devant des signes évoquant l'hémorragie interne palpe avec soin les culs-de-sac et ne trouve aucune tuméfaction. Ce n'est que 14 jours plus tard, que des signes plus sérieux d'hémorragie ayant néces-

sité un nouvel examen, le chirurgien sent une masse latéro-utérine.

Ainsi il ne semble pas que l'on puisse individualiser le syndrome clinique d'une grossesse ovarienne rompue : c'est une hémorragie intra-péritonéale que des différences bien fugitives séparent de celui de la grossesse tubaire.

FORMES CLINIQUES.

1°) Le tableau que nous venons d'étudier correspond à la *grossesse intra-folliculaire*.

2°) La *grossesse superficielle*, ou cortico-ovarienne est mieux individualisée. KLEINE, TREITE et DIEKE ont précisé deux caractères :

— l'hémorragie est toujours grave, menaçant la vie, posant une indication d'urgence.

— la rupture survient tôt, à la 5^e ou 6^e semaine après la dernière menstruation normale, plus tôt, même, puisque la maladie ne présente parfois aucun trouble menstruel.

Dans les cas de KEIL et BÉNECKE, de BÜTTNER, de SIMON, l'intervention eut lieu avant la catastrophe ; mais dans les autres cas, ces deux signes se vérifient. BAÏDIN trouve un litre et demi de sang dans le ventre, 20 jours après des règles normales. Le pouls de la malade de MULEW est à peine perceptible, et le retard n'est que de quinze jours. KLINK insiste sur la pâleur de sa malade : elle eut l'accident le jour où elle attendait ses règles. Sa tension n'est qu'à 11-7. KOVACS compte le pouls à 144.

Bref, toutes les malades atteintes de grossesse ovarienne superficielle semblent présenter une évolution identique qu'il importe de retenir ; on pourrait, sinon affirmer, du moins discuter le diagnostic de grossesse ovarienne.

3°) Exceptionnellement, l'œuf après s'être nidé dans l'ovaire va se développer dans le ligament large. Nous en connaissons 4 cas : ITZKIN, RUSCH, SPIEGELBERG, et WILLIGK. Dans le cas de RUSCH, l'œuf nidé primitivement dans un follicule s'était développé pendant plusieurs mois dans le ligament : à l'intervention, on y trouva un fœtus de 31 centimètres. Dans l'observation de WILLIGK la grossesse évolua pendant 3 mois, puis une hémorragie péritonéale foudroyante entraîna la mort de la malade.

4°) Plus souvent (BATHSWEILER, BURGHARDT, KENNEDY, MARZETTI, NEER, PERLI, WESTMANN) on trouve un œuf ayant des rapports étroits à la fois avec l'ovaire et avec la trompe sans qu'il soit possible de dire sur lequel de ces organes était l'implantation primitive. Cette *forme tubo-ovarienne* semble évoluer facilement plusieurs mois : dans le cas de NEER, le fœtus atteint son développement complet.

5°) Dans les observations de d'ERCHIA, PUDNEY et BITTMANN, il existait simultanément 2 grossesses tubaire et ovarienne.

— dans le cas de d'ERCHIA, on trouvait une grossesse ovarienne et une grossesse tubaire du même âge,

— dans le cas de BITTMANN, l'œuf tubaire était plus jeune que l'œuf ovarien,

— chez PUDNEY, enfin, grossesses croisées, dans la trompe droite et dans l'ovaire gauche.

6°) Moins rares sont les cas de grossesses simultanées, ovarienne et utérine (BRYCE, GRIMSDALE, KERR MUNRO, LUDWIG, NORRIS, SCHUBERT). Elles peuvent être d'âge différent et la grossesse utérine continue souvent son évolution normale après la rupture de la grossesse ovarienne.

7°) La grossesse ovarienne coïncide parfois avec d'autres lésions des organes génitaux :

— dans l'observation de CASUSO, elle coïncidait avec un pyosalpynx bilatéral.

— dans le cas de FILEP, elle se développait dans un ovaire tuberculeux.

8°) Signalons enfin le cas unique rapporté par HOLLAND de grossesse ovarienne bilatérale. Il faut reconnaître d'ailleurs que si la grossesse n'était pas discutable à droite, elle l'était beaucoup plus à gauche où le diagnostic en avait été posé sur la présence de villosités dans un caillot trouvé adhérent à l'ovaire. Or, au milieu de l'inondation péritonéale, rien ne prouve que le caillot trouvé sur l'ovaire gauche ne venait pas, en réalité du droit. Le seul examen probant eut été la biopsie de l'ovaire gauche montrant des villosités au sein du tissu ovarien. Malheureusement, celle-ci ne fut pas faite.

DIAGNOSTIC

1°) Il faut d'abord porter le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale : nous rappelons que LENORMANT, dans un travail récent, insiste, avec MONDOR, sur :

— les modifications des règles et les crises douloureuses précédant l'hémorragie,

— l'absence de contracture,

— le cri du Douglas, la légère météorisation, la douleur haute au cours de l'hémorragie.

Une recherche que les auteurs étrangers pratiquent volontiers et qui semble ne pas leur donner d'incident, est la ponction du Douglas. KLINK, STUX, BOLLA et Van GAAL, REINECKE, FRUDENFELD et WEBB l'ont pratiquée et ont retiré du sang, ce qui a confirmé l'impression clinique. En France, LAFFITTE en tire des conclusions importantes dans un cas où le diagnostic s'égaraient vers des accidents inflammatoires.

2°) Lorsque l'hémorragie ne menace pas la vie de la malade, on peut tenter d'affirmer l'origine gravidique des troubles en pratiquant une réaction de grossesse. KLEINE, DEKER, HYAMS, DAVIES et STEVENS YOUNG l'ont employée. L'observation de DAVIES et STEVENS YOUNG est particulièrement instructive : après un retard de deux semaines, une douleur violente amène la

malade à la consultation : le test de FRIEDMANN est positif. Un mois et demi après, comme des pertes sont apparues, on refait la réaction : elle est à nouveau positive. Deux mois après, comme une masse douloureuse est apparue dans le cul-de-sac droit et que les hémorragies reparaissent, alternant avec une période de repos, on redemande un nouvel examen. Cette fois, le Friedman est négatif ; l'indication opératoire est précise. Il semble toutefois, d'après KLEINE, que la réaction de grossesse puisse être quelquefois négative : au 3^e et au 4^e mois d'une grossesse, la réaction d'ASCHEIM et ZONDEK restait négative alors que le FRIEDMAN était positif. A l'intervention, on trouve un œuf entouré par une forte production fibrinoïde au niveau de sa zone d'insertion : le résultat négatif de la réaction d'ASCHEIM et ZONDEK, quoique l'embryon fut vivant, peut-être dû à cette production fibrinoïde qui isole le placenta et empêche la filtration de l'hormone placentaire (analogue à l'hormone antehypophysaire).

La présence d'une caduque est quelquefois notée : elle est expulsée soit avant, soit après l'opération. On peut la rechercher par curettage.

L'important est de faire le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale et d'opérer. On peut dire qu'actuellement, le diagnostic ne peut être que grossesse extra-utérine : c'est celui qui fut fait dans la majorité des cas. Le kyste de l'ovaire fut parfois invoqué. Il est exceptionnel que d'autre diagnostic soit fait.

3^e) Nous n'insisterons pas sur la difficulté du diagnostic opératoire ; nous avons vu combien il était dif-

ficile parfois de reconnaître l'origine de l'hémorragie. L'ovaire peut paraître presque normal. Toutefois, hors ces cas relativement rares, le plus souvent, la cause de l'hémorragie est facilement rapportée à l'ovaire. Il ne faut jamais manquer de faire un examen soigneux des organes voisins : on sait que pour certains auteurs, la grossesse ovarienne serait secondaire à un avortement tubaire ou à une grossesse fixée sur les franges du pavillon. BAUMANN insiste sur les difficultés du diagnostic opératoire des hémorragies intra-péritonéales : une hémorragie de la paroi ou du méso-appendiculaire peut masquer l'hémorragie ovarienne : témoin, l'erreur de LÜTTGE qui pratiqua une appendicectomie et dut intervenir de nouveau quelques jours plus tard. Comme l'ovaire saigne avec facilité et est très sensible aux manipulations, il faut de toute nécessité l'examiner avant de le toucher, repérer le caillot adhérent, ou l'orifice gros comme une tête d'épingle.

Peut-on repérer tout de suite l'origine gravidique ? Il est impossible de distinguer le corps jaune menstruel et le corps jaune de grossesse. Il semble que les hémorragies ovariennes non gravidiques soient plus rares que les grossesses ovariennes, malgré les affirmations d'ACHERSON et de FORSSNER. BAÏDIN cite 4 ovaires enlevés par laparotomies pour hémorragie interne grave : les causes de l'hémorragie étaient :

— l'ouverture d'une veine lors de la rupture du follicule,

— une endométriose,

— les deux autres ovaires étaient intacts.

LENORMANT, sur 7 hémorragies intra-péritonéales non gravidiques en trouve 5 d'origine ovarienne. La grossesse ovarienne ne serait donc responsable que de 20 à 25 % des hémorragies ovariennes. Toutefois, pour étayer l'opinion d'ACHERSON, on peut citer l'observation de MILEW : l'œuf s'était détaché complètement et fut retrouvé dans le caillot : l'ovaire était bien le point de départ de l'hémorragie, mais aucun reste fœtal dans l'ovaire ne permettait, sur le seul examen de celui-ci d'affirmer l'existence d'une gestation.

4°) Le diagnostic reste donc entièrement microscopique : le chirurgien doit reconnaître l'origine ovarienne de l'hémorragie, l'anatomiste montrer la gravidité. La marche à suivre sera la suivante : l'ovaire prélevé est fixé dans son entier. Une fois fixé, il est coupé dans le sens longitudinal : on peut y découvrir l'existence d'un embryon, le plus souvent, l'hémorragie masque tout. Aussi FORSSNER conseille-t-il de le couper en série ; on peut peut-être se contenter de pratiquer de nombreux prélèvements. Le chirurgien n'omettra jamais de mettre à part les caillots, de les trier et de retenir ceux dont la consistance charnue évoquerait la présence d'un débris placentaire ou fœtal. Si toutes les hémorragies ovariennes étaient aussi soigneusement examinées, on pourrait établir avec plus de rigueur les rapports entre les hémorragies ovariennes.

Les hémorragies ovariennes se ressemblent en effet : qu'il s'agisse d'hémorragie folliculaire, d'hémorragie du corps jaune, ou d'apoplexie ovarienne

pure, on ne peut les distinguer histologiquement des grossesses ovariennes que parce qu'on n'y trouve pas de villosités choriales : leur présence reste en effet le signe fondamental de la grossesse ovarienne.

Peut-on établir avec certitude l'âge de la grossesse ? Les caractères cliniques sont assez difficiles à définir, car les réponses féminines au sujet des menstrues manquent de précision. KLEINE le calcule par la période qui s'écoule entre la chute du follicule et le début de la catastrophe. Toutefois, ces deux termes sont également imprécis : on sait que si l'ovulation se produit vers le 15^e jour après le début de la menstruation, MEYER et RUGE ont établi que sa date précise était très variable et se place entre le 8^e et le 15^e jour. De plus, nous avons signalé que très vraisemblablement, les femmes atteintes de grossesse ovarienne avaient une ovulation troublée. Il est plus difficile encore de déterminer la date de la mort du fœtus ; est-ce au cours des premières douleurs et lors de l'apparition des troubles ou seulement au moment du cataclysme ? Rien ne vaut l'appréciation que donne l'examen du fœtus : malheureusement, on ne le retrouve que rarement.

TRAITEMENT

Le traitement ne peut être que chirurgical : il devrait précéder l'hémorragie ; nous avons vu que ce n'était pas la règle, et le plus souvent, sauf dans le cas de CRANMER et celui de TREITE et DIEKE, on trouve l'abdomen plein de sang.

Lorsque le diagnostic est correct, sans préciser (grossesse extra-utérine) l'incision est bien placée et permet une tactique opératoire facile. L'incision étroite de MAC BURNEY qui suivrait un diagnostic erroné d'appendicite ne permet pas une exploration complète.

Dans la majorité des cas, le chirurgien fait une ovariectomie ou même une annexectomie : il n'y a peut-être pas gros danger à enlever la trompe avec l'ovaire ; l'hémostase est peut-être plus facile, l'examen microscopique plus complet. Mais beaucoup et avec assez de logique, se contentent de l'ovariectomie.

De l'expérience de quelques auteurs, il nous semble que le sacrifice de l'ovaire ne s'impose pas toujours. Certes, lorsque l'ovaire est infiltré de sang, volumineux, « éclaté comme un ballon crevé », on ne peut songer à être conservateur. Mais lorsqu'il y a

déchirure à la surface, kyste sanguin nettement séparé d'un parenchyme ovarien intact, pourquoi ne pas faire une simple résection ovarienne en coin, suivie d'une suture bien étanche ? Il est même des cas où la lésion est encore plus petite : dans la grossesse superficielle notamment, ou dans la grossesse intra folliculaire pure, un point de la surface ovarienne saigne : il est soigneusement étanché, et un fil passé en croix assure l'hémostase. On ne peut toutefois passer sous silence la curieuse intervention que pratiquent HOLLOWAY, EVANSTON et MICHOLITSCH : ils opèrent l'ablation partielle de l'ovaire par incision du cul de sac vaginal postérieur. Une telle pratique n'est évidemment pas à recommander.

Nous croyons donc que sans sacrifier la sécurité, on pourra dans les cas favorables tenter un traitement conservateur et recourir à des ovariectomies partielles. Il est inutile d'ajouter que le traitement post-opératoire sera celui de toute hémorragie intrapéritonéale : la transfusion améliorera l'état précaire de ces malades.

La mortalité opératoire a été nulle dans les diverses observations que nous avons étudiées : il faut donc conclure que le problème posé par la grossesse ovarienne est uniquement un problème diagnostic : nous avons essayé de l'envisager sous ses trois aspects principaux : clinique, anatomique et histologique.

CONCLUSIONS

En terminant cette étude, nous n'insisterons pas sur les difficultés bien connues du diagnostic clinique : la symptomatologie très pauvre de la grossesse ovarienne est masquée par celle de l'inondation péritonéale, et cette dernière impose l'intervention urgente.

Le véritable problème consiste à repérer la grossesse dans l'ovaire hémorragique qu'a enlevé le chirurgien. Or ce diagnostic ne peut être fait macroscopiquement que pour des grossesses de 1 à 3 mois environ, quand il n'y a pas de disproportion entre les dimensions de l'œuf et celles de l'ovaire. A cette période, on repère facilement la cavité amniotique entamant la surface de l'ovaire, ou on la trouve à la coupe. On peut même reconnaître l'embryon si l'intervention a été suffisamment précoce.

Quand la grossesse a plus de 4 mois, l'œuf est évident mais la difficulté est de montrer sa nidation ovarienne ; on trouve pratiquement un tableau de grossesse abdominale, avec un œuf adhérent à tous les viscères péritonéaux. On ne retrouve pas l'ovaire où s'était faite primitivement la nidation, et ce n'est que l'histologiste qui pourra reconnaître du tissu ovarien dans les parois du sac foetal. Les lois de SPIEGELBERG restent valables.

Inversement, dans les grossesses de moins d'un mois, qui sont de beaucoup les plus nombreuses, la

difficulté est d'affirmer la grossesse ; l'œuf est le plus souvent entraîné par l'hémorragie. Le fœtus est lysé dans les quelques heures écoulées entre le début de l'hémorragie et l'intervention. Là aussi, c'est l'histologiste qui pourra seul faire le diagnostic en mettant en évidence des villosités choriales dans l'ovaire ; et ces villosités devront être recherchées en plusieurs points, sur des coupes très nombreuses : parfois en effet, ce n'est que sur un point très petit de l'ovaire qu'on pourra en mettre en évidence.

La grossesse ovarienne pose donc avant tout un problème d'histologie : celui-ci sera résolu par la recherche de villosités sur des coupes en série de l'échantillon ovarien. Un chiffre mettra en évidence l'intérêt de cet examen : sur 239 grossesses ovariennes jeunes que nous avons étudiées, 124, soit plus de la moitié, étaient passées inaperçues à l'examen direct de la pièce et n'ont été diagnostiquées que par un examen histologique poussé.

On peut donc penser que, si l'on s'astreignait à couper en série l'ovaire dans les hémorragies intra-péritonéales dont l'origine ovarienne semble prouvée, la grossesse apparaîtrait plus souvent responsable et le nombre des hémorragies ovariennes dites « idiopathiques » diminuerait. Ce fait nous semble la conclusion la plus intéressante du travail que nous venons d'écrire.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons trouvé dans la littérature 331 observations que nous présentons ici :

- 33 nous sont demeurées inaccessibles pour des raisons diverses, ou nous ont paru douteuses,
 - 59 concernent des grossesses ayant évolué plus de 4 mois,
 - 115 sont des grossesses jeunes, repérées en cours d'intervention ou à l'examen macroscopique de la pièce opératoire,
 - 124 n'ont été diagnostiquées qu'à l'examen histologique.
-

ABEGG (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

ACOMB (L. E.) et CANDY (T. I.). — *Brit. M. J.*, London, p. 320, 1926 — Grossesse ovarienne à terme.

ALLEN (J. T.). — *Memphis. M. Mouth*, 1915, XXXV, p. 236, 238 — Grossesse ovarienne jeune.

AMBER BROW (cité par GERSTEL). — Grossesse jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

- ANDERSON (S.). — *Internat. Clinic.*, 1917, 27 s. i. i. p. 233, 241 — Grossesse ovarienne primaire.
- ANNING et LITTLEWOD. — *Brit. Méd. J.*, 1901 (1), p. 89 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée macroscopiquement — L'histologie confirme le diagnostic. Il n'y avait aucun retard de règles.
- ARANDA et FLORES. — *Revuista Mexicana de Cirugia*, Mai 1936 — Un cas de grossesse ovarienne jeune diagnostiqué à l'examen histologique.
- ARNVIG (J.). — *Hospitals tid.*, 79, p. 665, 670, 23 juin 1936 — Grossesse ovarienne superficielle.
- BAIDIN (A.). — *Zentralbl. f. Gynäk*, 60, p. 2151, 2158, 5 sept. 1936 — Grossesse ovarienne superficielle jeune, diagnostiquée par l'examen histologique. Etude anatomo pathologique assez poussée.
- BALLERAY. — *Med. Record.*, 1910, LXXVIII, p. 40 — Grossesse ovarienne de 4 mois, typique macroscopiquement. L'examen histologique montre du tissu ovarien dans la paroi du sac.
- BANDEL. — *Beit. Z. KI. Chir.*, 1902, XXXVI, p. 657 — Femme morte d'une autre affection. A l'autopsie on trouve au milieu d'adhérences de pelvi péritonite chronique un ovaire contenant une masse anormale. Au microscope, grossesse ovarienne avec tissu ovarien dans la paroi du sac. Corps jaune.
- BANKS. — *J. Of. Obst. a. Gyn. of the BE*, 1912, XXI, p. 216 (1 fig.) — Grossesse ovarienne jeune, sans retard de règles. Diagnostic fait à l'examen macroscopique (embryon) et confirmé par l'histologiste (villosités).

- BARNA (A.). — *Zentralbl f. Gynäk*, 49, p. 718 — 1925 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BARROWS. — *Am. J. of obst.*, 1910, LXII, p. 1078 (pas vérifié) — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- BAPZ (cité par GERSTEL) — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BARTHÉLEMY (M.). — *Bull. de Soc. Obst. et gynéco*, 22 février 1928 — Grossesse ovarienne jeune. Pas de retard de règles. Opération pour hémorragie péritonéale : ovaire droit éclaté et un œuf de 2 mois au milieu des caillots.
- BASS (F.). — *Zentralbl. f. gynak*, 52, p. 1640-1644 — 30 juin 1928 — Un cas de grossesse ovarienne.
- Le BASSER et PAVIE. — *Soc. Anat. de Paris*, 1^{er} mars 1928 — Grossesse rompue, opérée et guérie. Les auteurs insistent sur la nécessité de l'examen histologique qui seul donne le diagnostic avec certitude.
- BATISWEILER (J.). — *Monatschr. f. Geburtsch u. gynak*, Berlin, p. 73, 77, 83 — 1926 — Grossesse tubo ovarienne.
- BEITZKE (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BENEKE et KEIL. — *Verhandl d. deutsch path. gesellsch.*, Iéna, 16, p. 355 — 1913 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BENGOBA. — *Revista de Cirurgia*, Buenos-Ayres, 7 juillet 1926 — Inondation péritonéale par grossesse ovarienne.

- BITTMANN (O.). — *Monatschr f. geburtsh u. gynäk*, 110, p. 17, 47 — 1939 — Un cas de grossesse ovarienne et tubaire simultanées, grossesse ovarienne droite, intrafolliculaire + grossesse tubaire droite plus jeune.
- BOESBUCH. — *Monat. f. geb. und gyn.*, 1904, XX, p. 613 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BOLLA et VON GAAL. — *Zentralbl fur gynäk*, 55, p. 2496-2499, 15 août 1931 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BONDI JOSEF. — *Wiener K. L. Wochen*, 1910, p. 773, (2 fig.) — Grossesse ovarienne jeune typique macroscopiquement (cavité au milieu de l'ovaire contenant un fœtus de 7 m/m.).
- VAN BOUWDIJK BASTIAANSE. — *Nederl tidschr. v. geneesk.*, I, p. 1431, 16 mars 1929, et aussi I, p. 1888, 13 avril 1929 — Un cas de grossesse ovarienne.
- BÖWING (K.). — *Monatschr. f. geburtsh u. gynäk*, 62, 127-138 — 1923 — Grossesse ovarienne à terme.
- BRINGS. — *Zentralbl f. gynäk*, 30, p. 1781 — 1936 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- BROOKS (O.) et CHARPIER (L. L.). — *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 81, p. 110, 1923 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait à l'examen macroscopique.
- BROUHA. — *Gynéc. et obst., Paris*, 1923, VIII, p. 335-340 (discussion) — Grossesse cortico ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique. A l'intervention, 32 heures après le début des troubles, l'œuf autolysé est à peine reconnaissable.

- BROWN (G. V.). — *Am. J. Obst. and gynec.*, 16, p. 274-279, août 1928 — Un cas de grossesse ovarienne développée à 5 mois.
- BRYCE, TEACHER et KERR. — 1908 — Grossesse ovarienne de 18 jours développée simultanément avec une grossesse intra utérine normale. Diagnostic et étude histologique très poussés.
- BURGHARDT. — *Arch. f. gynäk*, 120, p. 47-50, 1923 — Grossesse tubo ovarienne.
- BUSALLA. — *Arch. f. gynäk*, Berlin, 83, p. 612-620 — 1907 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- BÜTTNER. — (1919) — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- BYFORD (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- CALMANN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- CANDY (T. I.). — *Brit. J. Radiol.*, 32, p. 174-175, mai 1927 — Grossesse ovarienne à terme.
- CANESTRI (J.) et EIRAS (A.). — *Rev. Assoc. med. argent.*, 44, p. 407-410, juillet-août 1931 — Un cas de grossesse ovarienne de 7 mois.
- CASTANO (C. A.) et RISOLIA (A. J.). — *Semana med. Buenos-Ayres*, 30, p. 1100, 1923 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait à l'examen macroscopique.
- CASUSO (J. E.). — *Rev. med. cubana*, II, Habane, p. 14-18, 1907 — Un cas de grossesse ovarienne coïncidant avec un pyosalpinx double.

- CATURANI. — *Am. J. of Obst.*, 1914, L. XIX, p. 409 (13 figures). — Grossesse ovarienne jeune avec essai de transformation déciduale du stroma ovarien coïncidant avec une salpyngite chronique.
- CHALFANT (S. A.). — *Penn. M. J. Athens*, 24, p. 548-551 — 1920-21 — Rapport sur un cas de grossesse ovarienne.
- CHAMBARD (E.). — *Arch. medico chirurg. de province*, Tours, 1924, XIV, p. 23-26. — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- CHARPIER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait à l'examen macroscopique.
- CHENOT. — *Gynécologie*, Paris, 11, p. 481-488, 1906 — Un cas de grossesse ovarienne. Rupture du kyste. Inondation péritonéale. Opération. Guérison.
- CHIENE. — *Edimb. Med. J.*, 1913, Vol. IX, p. 316 (6 fig.) — Grossesse ovarienne jeune (pas de retard de règles). diagnostic à l'examen histologique.
- CHROBAK (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- CLEMENT (W.). — *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, 40, p. 822-834, août 1933 — Description d'un cas de grossesse ovarienne diagnostiqué à l'examen histologique. On ne trouve pas de corps jaune.
- COLIN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- CONDAMIN. — *Lyon Méd.*, 2 mars 1902, XCVIII, p. 301 — Grossesse ovarienne à terme et rétention d'un kyste fœtal pendant 8 ans. A l'intervention l'ovaire droit

manque mais on ne trouve pas de tissu ovarien dans la paroi du kyste.

CRANMER (R. R.). — *Surg. Gynéc. and Obst.*, 52, p. 98-101, janvier 1931 — Grossesse ovarienne jeune, opérée pour torsion du kyste de l'ovaire (aucun signe clinique de grossesse). A l'examen macroscopique, on trouve tous les critères de Spiegelberg. Histologie : villosités typiques.

CROFT. — *Trans. Of Med. S. of.*, London, 1900 (d'après KANTOROWICZ) — Grossesse ovarienne de 3 mois. Diagnostic basé sur un examen histologique pourtant peu concluant.

CUMMA. — *St Louis Cour of Med.*, 1900, (d'après KANTOROWICZ) — Grossesse ovarienne de 1 mois. Diagnostic à l'examen histologique.

CZYSEWICZ (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

DAVIES et STEVENS-YOUNG. — 1938 — Grossesse ovarienne jeune, diagnostiquée à l'examen histologique. L'histoire clinique ferait penser à une nidation ovarienne secondaire à un avortement tubaire.

DAVIES (D. H.) et STRANG (T. M.). — *Brit. Med. J.*, I, p. 540-541 — 22 mars 1930 — Grossesse ovarienne primaire droite. Opérée pour appendicite aiguë. On trouve un ovaire gros et saignant, mais aucun examen sérieux de la pièce opératoire. Cas très douteux.

DAWSON (B.). — *Med. J. Austral. Sydney*, 2, p. 233-238. 1926 — Grossesse ovarienne et endométrite.

DEKER. — *Soc. gynéc. de Dresde*, 20 novembre 1930 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen macroscopique et vérifiée par l'histologie.

- DEL-RIO (M.). — *Boll. e. Mem. Soc. piemontese di chir.*, 2, p. 1366-1370-1932 — Un cas de grossesse ovarienne au stade embryonnaire.
- DENVRE. — *Rocky Mountain Med. Journal*, Vol. 37, n° 4, avril 1940 — Grossesse ovarienne.
- DODEK (S. M.). — *Am. J. of Obst. and Gynec.*, 28, p. 268-270, août 1934 — grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique (villosités dans les caillots).
- DORSCH (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.
- EBERHARDT (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par le simple examen macroscopique.
- ENGELKINK (E.). — *Monatschr. f. Geburtsh u. gynäck.*, Berl., 37, p. 740-756-1913 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait à l'examen macroscopique.
- ENRIQUEZ (A. R.) et MASSON (C. A.). — *Ann. Brasil de gynec.*, 7, p. 193-198, mars 1939 — Un cas de grossesse ovarienne jeune diagnostiqué à l'examen histologique.
- D'ERCHIA (F.). — *Clin. Ostet.*, 34, p. 505-509, août 1932 — Grossesses ovarienne et tubaire simultanées
- FALLON. — *Boston Med. and. Surg.*, p. 144-150 (3 fig.) 1921 (février) — Grossesse jeune intrafolliculaire diagnostiquée par l'histologie (micro-photo démonstrative).
- FEDERLIN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.

FICK-KÜSTNER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

FILEP. — *Orvoskepsés*, 25 — *Toth. Sonderk*, 1935 *Ref. Ber. Gynäck*, 31, 1936 — Grossesse ovarienne jeune, diagnostiquée à l'examen histologique, développée sur un ovaire tuberculeux.

FLETCHER et GALL (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

FOSSATI. — *Annali di Obst. e gin.*, 42, p. 433-458 (9 fig.) 1920 — Grossesse de trois semaines — ovaire rompu au niveau d'un hématome. A la coupe embryon reconnaissable corps jaune autour de l'œuf. Villosités — cellules déciduales nettement distinctes des cellules du corps jaune.

FRANK (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.

FRANTZ. — *Centralblatt für gynæk.* 1901, p. 6. Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

FRANZ. — *Beitraege z geb. u gyn.*, 1902, VI, p. 70 (3 fig.). Grossesse ovarienne de 4 à 5 semaines. Diagnostic à l'examen histologique.

FRASER. — *Indian H. gaz. Calcutta*, 48, p. 146 — 1913 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.

FRASER-STRATHAM. — *J. Obst. and gynec. Brit. Emp.*, 34, p. 788-792 — 1927 — Grossesse ovarienne jeune avec dégénérescence hydatique. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.

- FREUND et THOME. — *Virchow's arch.*, 1906, CLXXXIII, p. 54 (7 fig.) — Grossesse ovarienne jeune reconnaissable macroscopiquement (embryon de 13 mm. partiellement lysé). L'examen histologique montre des villosités chorales dans l'ovaire. Pas de réaction déciduale.
- FRIES (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.
- FRUDENFELD et WEBB. — 1940 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- FUCHS (H.). — *Monatschr f. geburtsch u. gynäk*, 63, p. 61-68 — 1923 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- FUCHS (H.). — *Zentralbl für gynäk Leipzig*, 3 décembre 1932 — Grossesse ovarienne menée à terme.
- FUTH. — *Beitraege z. Geb. u. gyn.*, 1902, VII, p. 314 — (3 fig.) — Grossesse ovarienne à terme et lithopédion.
- GANDY (R. A.). — *J. Connecticut M. Soc.*, 2, p. 182-184, avril 1938 — Grossesse ovarienne.
- GARDNER et HOPKINS (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- GERSTEL (G.). — *Virchows arch. f. path. anat.*, 280, p. 435 443 — 1931 — Grossesse ovarienne superficielle. Diagnostic clinique et histologique. Revue générale de plus de 200 cas.
- GEUER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait par simple examen macroscopique.

- GILES et LOCKYER. — *Proceed. of R. Soc. of Méd.*, London, 1914-1915, VIII, n° 2, P. 2 (7 fig.) — Grossesse ovarienne jeune typique macroscopiquement (MOULONGUET). Pas de fœtus. Grandes villosités (Môle ?) cellules déciduales ou lutéïniques dans le stroma ovarien, probablement déciduales.
- GILMOR, SMITH et GATENBY. — *J. Obst. and gynac. Brit. Emp.*, Lond. n. s, 32, p. 339-343 — 1925 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- GINGLINGER (A.). — *Strasbourg méd.* 97, p. 203-204 — 15 avril 1937 et *Gynéc. et obst.*, 36, p. 53-55 — juillet 1937 — Grossesse intra-folliculaire jeune, diagnostiquée à l'examen macroscopique (la coupe montre un fœtus de 7 mm.). On ne trouve pas de corps jaune.
- GOOD-RICHARDS. — *Surg. gynec. and Obst. Chicago*, 36, p. 239-241 — 1923 — Grossesse ovarienne à terme.
- GOODALL (J. R.) et KEARNS (P. J.). — *Canada M. A. J.*, 22, p. 378-379, mars 1930 — Grossesse ovarienne jeune reconnaissable à l'examen macroscopique (fœtus).
- GOTTSCHALK. — *Centralb. f. gyn.*, 1886, p. 727 — Grossesse ovarienne reconnaissable macroscopiquement. Embryon de 7 cm. et amnios intact. Tissu ovarien dans la paroi du sac.
- GOTTSCHALK — *Centralb f. gyn.*, 1893, p. 407 — Lithopédion opéré trente ans après la fin de la grossesse ovarienne.

GRAFF (E. L.). — *Brit. M. J.* 1, p. 902-903 — 17 mai 1930 — Grossesse ovarienne jeune reconnaissable macroscopiquement. L'histologie montre des villosités choriales typiques.

GRAHAM (G. S.). — *J. méd. Research. Bost.*, 1912-13, XXVI, p. 499-512, 2 pl. — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

GRETSCHEL (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

GRIMSDALE. — *J. of Obst. a gyn. of the BE*, 1913, XXIII, p. 115 — Clinique difficile à interpréter, accouchement deux mois avant l'opération. Grossesse ovarienne de grande taille, non rompue ; l'état du fœtus n'est pas précisé... (il me semble que cette observation est peu probante. Il n'a pas été retrouvé de tissu ovarien dans la paroi du sac).

GROZDOFF (T. M.). — *J. Akush. i. Zhensk Boliez*, 38, p. 184-193 — 1927 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic au simple examen macroscopique.

GRUNDFAST et SCHENK. — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.

HAIN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

HALL DAVIS et LAWSON. — *The lancet*, 14 juillet 1877 — Cas très douteux : le seul argument en faveur de la grossesse ovarienne est l'absence d'ovaire gauche. Pas d'examen histologique.

HAMILTON (N. A.) et WHILLIS (J.). — *Guy's Hosp. Rep.*, 89, p. 226-235, avril 1939 — Un cas de grossesse ovarienne.

- HANNES. — *Zeitsch f. geb. u. gyn.*, 1912, LXXII, p. 269 (5 fig) — Grossesse ovarienne jeune typique macroscopiquement. Villosités. Pas de corps jaune. Dans le stroma ovarien, éléments rappelant les cellules déciduales.
- HARBITZ (F.). — *Norsk. Mag. f. Laegevidensk.*, 89, p. 866-869, septembre 1928 — Rupture du corps jaune, hémorragie abdominale et grossesse ovarienne.
- HASEGAWA et KISHI. — *Bull. de la Soc. de Gynéc. du Japon*, fasc. I, p. 6, 1932 — Grossesse ovarienne.
- HASTINGS (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- HECKER. — *Mon. f. Gebursh.*, t. XIII, p. 84 — Il semble s'agir d'une grossesse ovarienne rompue. Mais peu de précisions sur les rapports de l'ovaire et du sac. Pas d'examen histologique. Cas discutable.
- HEIJL (C. F.). — *Acta obst. et gynec. Scandinav.*, 6, p. 407-416 — 1927 — Grossesse ovarienne jeune, diagnostiquée à l'examen histologique. Etude d'ensemble de la grossesse ovarienne. L'auteur insiste sur la lyse fréquente de l'embryon hors de l'ovaire ou dans l'ovaire même.
- HEIN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.
- HELLENDAL, (H.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 51, p. 2865-2868 — 5 novembre 1927 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic par l'examen macroscopique.
- HERRENSCHMIDT et RIGOLLOT SIMONNOT. — *Société anat. Paris*, 1906, p. 289 — Grossesse ovarienne jeune (pas de retard de règles). Diagnostic à l'examen his-

tologique. Villosités. Autour de l'œuf, couche déciduiforme ou lutéïniforme.

HERZFELD. — *Wiener Kl. Wochenschrift*, 1891, p. 802 (3 fig.) — Grossesse ovarienne ayant évolué à terme. Fœtus de 50 centimètres. Il n'est pas trouvé de tissu ovarien dans le sac.

HESS. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1869, n° 34, p. 361 — Cas douteux : fœtus de 7 mois macéré. On ne retrouve pas l'ovaire gauche.

HESS. — *Mon. f. Geburtsk.*, t. XXXIV, p. 240 — Cas douteux : rien ne prouve que l'ovaire entre dans la constitution du sac fœtal.

HEWESTON et LLOYD. — *Brit. Méd. J.*, 1906 — 11, p. 568 (6 fig.) — Grossesse ovarienne de 6 semaines. Diagnostic à l'examen histologique.

HOEMANN. — Grossesse ovarienne à terme.

HÖHNE (1919) (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

HÖHNE (1923) (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

HOLLAND (EARDLEY). — *J. of. obst. a gyn. of the BE.* 1911, XX, p. 295 (fig.) — Aménorrhée de six semaines. Accidents d'hémorragie interne à répétition. Opération cinq mois après le début clinique pour phénomènes douloureux. Hématome du Douglas. Gros ovaire droit adhérent : on y trouve à la microscopie des villosités. Mais pas d'embryon — ovaire gauche non enlevé — le caillot de cet ovaire est exprimé par la « rupture folliculaire ». C'est dans ce caillot exprimé que l'auteur décrit des figures

d'éléments multinucléés qu'il croit plasmodiaux (des figures sont mauvaises et nullement démonstratives).

HOLLOWAY (H. J.). — *Am. j. of obst and gynec.*, 30, p. 286-287, août 1935 — Grossesse ovarienne jeune apparue après une insufflation tubaire. Ovariectomie droite par voie vaginale. L'examen histologique montre des villosités dans l'ovaire.

HUNTER. — *The med. j. of australia*, 1921, VIII, p. 223-240 — Grossesse ovarienne jeune (pas de retard de règles). Diagnostic à l'examen histologique. Villosités et cellules déciduales dans l'ovaire.

HUNTER (J. I.). — *J. of anat. a. phys.*, 1921-22, LVI, p. 57, (7 fig.) — Grossesse ovarienne de moins de 20 jours. Embryon de 4 mm. dans un caillot. Cas typique macroscopiquement. L'examen histologique montre une réaction déciduale de l'ovaire.

HYAMS (M. N.). — *Am. j. obst. et gynec.*, 33, p. 107-113, janvier 1937 — Grossesse ovarienne jeune, reconnue à l'examen macroscopique et confirmée par l'histologie.

ISAACSON (J. E.). — *New Orléans M. et S. J.*, 91, p. 27-29, juillet 1938 — Un cas de grossesse ovarienne primaire.

ITZKIN (S.). — *Schweiz. med. Wchnschr.*, 64, p. 812-814 — 1^{er} septembre 1934 — Grossesse ovarienne intra-ligamentaire avec endométrite. Diagnostic à l'examen macroscopique.

JACOBSON. — *Thèse New-York*, 1908 (d'après Norris) — Grossesse ovarienne jeune, intra-folliculaire. Embryon de 6 mm. et villosités.

JACUB (J.). — *Zentralbl. f. gynäk*, 47, p. 193-195 — 1923
— Grossesse ovarienne à terme.

Von JASHKE. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*, 1916, LXXVIII,
p. 181 (5 fig.) — Grossesse ovarienne de 2 mois re-
connue à l'examen macroscopique.

JOHNSTONE, FAHMY et KELLAR. — *Tr. Edimburgh Obst.
Soc.*, p. 153-160 — 1931-1932, in *Edimburgh M. J.*,
Déc. 1932 — 2 cas de grossesse ovarienne primaire,
implantation à la surface de l'ovaire, implantation
dans le follicule mûr. 2 diagnostics faits à l'examen
histologique.

JORDAN GARRETT et NORFLEET. — *Surg. gynec. and. obst.*,
54, p. 485-489, mars 1932 — Etude histologique d'un
cas de grossesse ovarienne à la fin du 2^e mois. Cas
diagnostiqué par l'examen histologique.

JOSEPHSON (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne
jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

KANTER (A. E.) *Am. j. obst. et gynec.*, 34, p. 1035-1037,
déc. 1937 — Grossesse ovarienne de 6 mois.

KANTOROWICZ. — *Sammalung KL — Vosträge*, 1904,
n° 370 — 2 cas de grossesse ovarienne jeune diag-
nostiquée à l'examen histologique.

KAWAKAMI (N.) YAMADA (F.) et HORIE (K.). — *Jap. j.
Obst. et gynec.*, 21, 131-140, mars 1938 — Grossesse
ovarienne.

KAYSER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune.
Diagnostic à l'examen macroscopique.

KELLY et Mc ILROY. — *J. of. obst. a. gyn. of the B. E.*,
1906, IX, p. 389 (6 fig.) — Grossesse ovarienne

jeune : à la coupe œuf entouré d'un corps jaune.
Pas d'embryon. Pas de déciduale ovarienne.

KENNEDY (W. T.). — *Am. J. Obst. and gynec.*, 32, p. 1050-1053, décembre 1936 — Grossesse tubo ovarienne.

KERR MUNRO. — *Proc. of the R. soc. Med. London*, 1908, I, p. 268 (5 fig.) — Grossesse double, ovarienne et utérine.

KING. — *J. Obst. and gynec. B. E.*, 1926 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

KIRCHNER. — *Med. Record*, 1909, LXXVI, p. 709 — Fœtus à terme, vivant, dans un sac intrapéritonéal ; dans la paroi de ce sac la trompe est incluse. On y reconnaît du tissu ovarien.

KIVLIN. — *Ann. of Surgery*, 1911, LIV, p. 206 — Grossesse ovarienne de 6 semaines avec embryon dans l'ovaire. L'examen histologique montre du tissu ovarien dans la paroi du sac fœtal.

KLAUS (K.). — *Casop. lek. cesk.*, 66, p. 1881-1885, 9 décembre 1927 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

KLEEMANN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

KLEIBÖMER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

KLEINE (H. O.). — *Arch. f. gynäk*, 145, p. 762-769 — 1931 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique. Etude sur le rôle de l'endométrite ovarienne et de l'adénomyose utérine dans la pathogénie de la grossesse ovarienne superficielle.

- KLEINE (H. O.). — *Arch. f. gynäk.*, 150, p. 470-481 — 1932 — 3 cas de grossesse ovarienne jeune diagnostiqués à l'examen histologique.
- KLINK (F.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 28 — 1942 — Grossesse ovarienne superficielle avec réaction déciduale dans l'ovaire. On ne retrouve de villosités que dans les caillots.
- KÖHLER. — *Gyn. Rundschau*, 1914, VIII, p. 275 (non vérifié) — Grossesse ovarienne jeune, intrafolliculaire. Pas d'embryon. Villosités dans la cavité du corps jaune.
- KOMOCCI (W.). — *Virchow's arch. f. path. anat.*, 193-208-212 — 1924 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.
- KÖTTER (W.). — *Zentralbl fur gynäk.*, 56, p. 2619-2621 — 22 oct. 1932 — Un cas de grossesse ovarienne intrafolliculaire, diagnostiquée par l'histologie.
- KOUWER (Voir TUSSENBROEK). — Cas observé en 1899, bien étudié par Catherine Von TUSSENBROEK au point de vue histologique (voir cette dernière étude).
- KOVACS. — *Ztschr f. geburtsch. u. gynäk.*, 106 — 1933 — 2 cas de grossesse ovarienne jeune diagnostiqués à l'examen histologique.
- KRAPF (F.). — *Gynäk Rundschau Berl. u. Wien.*, 11-18-26 — 1917 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.
- KRAUSE (H.). — *Ztschr f. geburtsh u gynäk.*, Stuttg., 87, p. 390-398 — 1924 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

- KRETSCHMAR. — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- KRZYMSKI. — *Nowiny Lekarskie* (Posnan), vol. 48, n° 19, 1^{er} septembre 1936 — Grossesse ovarienne à terme.
- KUPFER (M.). — *Zentralbl f. gynäk.*, Leipz., 54, p. 2241-2243 — 1925 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.
- LAFFITTE (M.). — *Annales de l'Hôp. Hospice de Niort*, 1^{er} semestre 1935 — Grossesse ovarienne jeune, typique macroscopiquement. Diagnostic confirmé à l'examen histologique.
- LARSEN. — *Ann. de gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 135 — Grossesse ovarienne à terme.
- LAU (H.). — *Zentralbl fur gynäk*, 56, p. 851-853, 2 avril 1932 — Un cas de grossesse ovarienne avec enfant vivant.
- LEA. — *J. of obst. a. gyn. of the B. E.*, 1910, XVIII, p. 182 (3 planches). Grossesse cortico-ovarienne jeune (pas de retard de règles). Villosités. Pas de déciduale ovarienne.
- LENCZOWSKY. — *Analyse gyn. et Obst.*, 1932 — Grossesse ovarienne primaire jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- LONDON. — *Austral. med. gaz.*, 1912, XXXI, p. 492 — Grossesse intra-folliculaire jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- LEOPOLD. — *Arch. f. gyn.*, Bd XIX, p. 210 — 3 grossesses normales. 4^e grossesse ovarienne : le fœtus vient à

terme, meurt. Lithopédion. 4 autres grossesses normales. A 75 ans, mort et autopsie : on trouve le lithopédion à la place de l'ovaire droit.

LÉVY (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

LICHTENSTEIN (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

LIEBE (W.). — *Monat. f. gebur. und. gyn.*, 1921, LIV, p. 102 (1 fig.) — Grossesse ovarienne sans retard de règles. Ovaire non rompu et embryon de 3 m/m.

LIKES (L. E.). — *Surg. gynec. and obst.*, 55, p. 643-645, novembre 1932 — Grossesse ovarienne jeune, diagnostiquée à l'examen histologique.

LOCKYER. — *Proc. of the R. S. of M. London*, 1916-17, X, N° 8, p. 158.

Cas I — grossesse ovarienne typique macroscopiquement, opérée avant son interruption. Diagnostic confirmé à l'examen histologique.

Cas II — grossesse ovarienne jeune, typique macroscopiquement. Diagnostic confirmé à l'examen histologique.

LOQUE. — *Provence médico-chirurgicale*, 10, 1^{er} janvier 1936 — Grossesse ovarienne.

LUDWIG. — *Wiener Kl Wochenschrift*, 1896, p. 600 (3 fig.) — Enfant mâle de 3.750 grammes, vivant, extrait par laparotomie six jours après un accouchement normal. Guérison de la mère et des deux enfants.

LUMIEWSKI (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

LUMPE (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

MAC CANN. — *Proc. of the R. S. of M. London*, 1913, VI, N° 4, p. 229 (1 fig.) — Grossesse ovarienne de 4 mois.

MAC CARTHY. — *Brit. M. J. I.*, 1070 — 20 juin 1931 —
Cas I — grossesse ovarienne jeune. A l'histologie cellules déciduales — Cas douteux.
Cas II — grossesse ovarienne jeune diagnostiquée macroscopiquement. Pas d'examen histologique.
Cas très douteux.

MACHENAUER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

MACKENRODT. — *Centralbl. f. gynäk.*, N° 49, 1891 —
Kyste ovarien gauche contenant un œuf reconnaissable macroscopiquement. On ne trouve pas le fœtus. Histologie, on trouve des villosités choriales.

MACKENRODT. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*, 1923, LXXXV, p. 196. (1 fig.) — Grossesse intrafolliculaire droite de 53 jours.

MAC LEOD. — *Am. j. of Surg.*, 1909, XXIII, p. 50 —
Grossesse ovarienne droite avec fœtus de 38 m/m 5 ; pas de précisions sur la situation ovarienne du sac ; ce pourrait être une grossesse abdominale.

MADLENER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

MALININ (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

MALL et CULLEN. — *Surg. Gyn. obst.*, 1913, XVII, p. 698

(6 fig.) — Grossesse intrafolliculaire jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

MANLEY (J. R.). — *Am. J. Obst. et gynéc. S. Louis*, 11, p. 512 — 1926 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

MARTA (A.). — *Rassegna d'ost. et gynec.*, 43, p. 237-243 — 30 avril 1934 — Grossesse ovarienne.

MARTIN (1891) (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

MARTIN et MAC INTYRE. — *J. Obst. and gynec. Brit. Emp.*, 30, p. 647-649 — 1923 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

MARZETTI (V.). — *Clin. Obstet.*, 29, p. 321-326, juin 1927 — Un cas de grossesse tubo-ovarienne.

MAURIZIO (E.). — *Rassegna d'ost. et gynec.*, 43, p. 715-729 — 31 décembre 1934 — La grossesse ovarienne. Etude histologique.

MAYNE (R. M.). — *J. Iowa State. M. Soc. Des Moines*, 16, p. 282, juin 1926 — Rapport d'un cas de grossesse ovarienne.

MAYO ROBSON. — *Brit. med. J.*, 1902 (1), p. 1477 — Grossesse ovarienne de 6 semaines. Embryon de 4 m/m. dans l'ovaire. A l'examen histologique, villosités.

MENDES DE LÉON et HOLLEMANN. — *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1902, p. 387 — Retard de règles. Opération quatre mois après le rétablissement des règles. La grossesse ovarienne n'est pas rompue, elle est profondément dégénérée. On y reconnaît

néanmoins des villosités (les auteurs affirment l'existence de cellules déciduales qui sont douteuses selon MOULONGUET).

MERKEL (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

MERTENS (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

MEYER et WYNNE. — *Bull. of the Johns Hopkins hosp.*, 1919, XXX, p. 92 (4 fig.) — Grossesse ovarienne jeune. Œuf en grande partie autolysé et embryon méconnaissable. Villosités. Pas de corps jaune.

MICHAUX. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 33, p. 560 — 1907 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée macroscopiquement.

MICHOLOTSCH (T.). — *Zeit. f. geb. u. gyn.*, 1903, XLIX, p. 508 (3 fig.) —

Cas I — Opération vaginale — sac comme une poire — pas d'embryon — petite cavité au centre de l'ovaire — villosités.

Cas II — Retard de règles d'un mois — opération vaginale et pièce assez abîmée — embryon de 10 centimètres de long — ovaire reconnaissable dans la paroi du sac — villosités.

MICHOLOTSCH (T.). — *Zentralbl. f. gynäk.*, 51, p. 2616-2620 — 8 octobre 1927 — Grossesse ovarienne à terme avec enfant vivant.

MILEW (L.). — *Zentralbl. f. gynäk.*, 60, p. 2851-2852 — 28 novembre 1936 — Un cas de grossesse ovarienne superficielle diagnostiqué à l'examen histologique.

- MILLER et HEIMARK. — *Journal Lancet*, 52, p. 107-108 — 15 février 1932 — Grossesse ovarienne. Rapport sur un cas possible évolué jusqu'au 8^e mois.
- MOON (B. J.) et MULSOW (F. W.). — *Am. J. Obst. and gynec.*, 23, p. 900-901, juin 1932 — Un cas de grossesse ovarienne jeune reconnue à l'examen macroscopique (embryon de 2,3 cm.).
- MOULONGUET, DOLÉRIS. — Gynécologie, Paris, 1924, XXIII, p. 257-286 — Etude d'ensemble de la grossesse ovarienne. Revue de 77 cas et publication d'une observation inédite de grossesse ovarienne jeune, macroscopiquement typique.
- MOURATOFF. — *Ann. de gynec.*, février 1890, p. 81 — Grossesse ovarienne à terme. Diagnostic posé seulement à l'intervention.
- NEER (C. S.). — *South M. J.*, 27, p. 445-447, mai 1934 — Grossesse ovarienne — Rapport d'un cas probablement tubo-ovarien avec fœtus entièrement développé.
- NICHOLSON Y SANZ 1924 (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique (embryon de 1 c/m.).
- NORRIS. — *Surg. gyn. obst.*, 1909, IX, p. 123 (1 fig.) — Simultanément évoluaient une grossesse ovarienne de cinq mois environ et une grossesse utérine de trois mois. L'ovaire était gros comme une orange, rompu ; il contenait un fœtus partiellement macéré — villosités — pas de déciduale — un corps jaune.
- NORRIS et MITCHELL. — *Surg. gyn. obst.*, 1908, VI, p. 460 (1 fig.) — Grossesse ovarienne jeune. Œuf implanté sur le corps jaune. Villosités.

- NOVY (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune.
Diagnostic à l'examen macroscopique.
- OLDFIELD CARLTON. — *J. of Obst. a. gyn. of the B. E.*,
1913, XXIII, p. 41 (2 fig.) — Avortement intrapéri-
tonéal de grossesse ovarienne superficielle de 3 mois
environ. Pas d'embryon — villosités.
- OLIVER. — *The Lancet*, 25 juillet 1896, p. 241 — Gros-
sesse à terme. Il semble que la paroi du sac fœtal
était formée par l'ovaire. Mais pas de preuve histo-
logique. Discutable.
- OSTEREIL (cité par GERSTEL). — 2 cas de grossesse ova-
rienne jeune diagnostiqués histologiquement.
- OTTO (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune.
Diagnostic à l'examen macroscopique.
- PALACIOS COSTA et FALSIA. — *Semana med.*, 2, p. 623-
626, 29 août 1935 — Un cas de grossesse ovarienne
jeune. Diagnostic à l'examen histologique.
- PATENKO. — *Arch. f. gyn.*, 1879, N° XIV, p. 156 — Cli-
nique inconnue. Diagnostic à la coupe de l'ovaire.
Pas d'examen histologique.
- PATTI (F.). — *Arch. di Ostet a gynec.*, 14, p. 49-62,
février 1927 — Grossesse ovarienne jeune. Dia-
gnostic à l'examen histologique.
- PAUCOT (H.) et DEBEYRE (A.). — *Ann. de gynéco. et
d'obst. Paris*, 1913, 2, S.X., p. 129-144 — Etude d'en-
semble de la grossesse ovarienne jeune. Publication
d'un cas inédit discuté par MOULONGUET (pas de vil-
losités dans la pièce histologique).
- PELTIER de QUEIROZ (A.). — *Ann. Brasil. de gynec.*, 7,

- p. 209-216, mars 1939 — Grossesse ovarienne, rétention pendant 20 ans et lithopédion.
- PERLI (H.). — *Zentralbl. für gynäk.*, 55, p. 1720-1725 — 23 mai 1931 — Grossesse tubo ovarienne droite.
- PICAUD et GUERIN VALMALE. — *Thèse de Marseille*, 1934-35 — Observation 54 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- POSTNIKOFF (A.). — *Gynécologie i accoucheurstvo*, Moscou, n° 3, mai-juin 1933, p. 76 ; *la gynécologie*, février 1935 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen macroscopique.
- PRAVOSSUD (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.
- PRINCE. — *J. of the am. M. Ass.*, 1910, p. 461 (1 fig.) — Grossesse ectopique à terme avec fœtus de 7 livres et demi. L'examen histologique montre du tissu ovarien en 6 points différents du sac fœtal.
- PUDNEY (W. K.). — *Am. J. Obst. et gynec.*, 33, p. 161-162, janvier 1937 — grossesse ovarienne gauche et grossesse tubaire droite.
- PUECH. — *Ann. de gynécol.*, 1878, t. X, p. 1 — Tumeur de l'ovaire qui n'est peut être pas une grossesse ; trouvaille d'autopsie discutable.
- RAETHER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune — diagnostic à l'examen histologique.
- RAIMONDI, GIL, GALCAGNO. — *Rev. de l'Ass. de Med. del Hosp. F. des Alvar*, Buenos-Ayres, Nov.-déc. 1936 — Grossesse ovarienne jeune reconnue à l'examen macroscopique au cours de l'opération.

- RANDALL (L. M.) et WELLBROCK (W. L. A.). — *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 9, p. 134-137 — 28 février 1934 — Grossesse ovarienne primaire jeune. Diagnostique à l'examen histologique. Villosités. On ne trouve pas d'embryon.
- RAY. — *Surg. Gyn. Obst.*, 1921, XXXII, p. 437 — Grossesse ovarienne jeune (pas de retard de règles). Diagnostique à l'examen histologique.
- REINECKE (H.). — *Zentralbl für gynäk.*, 55, p. 3243-3249 — 7 novembre 1931 — 2 cas de grossesse ovarienne intra-folliculaire diagnostiqués à l'examen histologique + 1 cas discutable, reconnu macroscopiquement, sans vérification histologique.
- REMMELTS (R.). — *Zentralbl f. gynäk Leipzig*, 48, p. 670-672 — 1924 — 2 cas de grossesse ovarienne jeune diagnostiqués histologiquement.
- RICARD et FRANCILLON. — *Lyon Chirurgical*, 1943, p. 263-265 —
Cas I — grossesse ovarienne jeune chez une femme n'ayant plus qu'une trompe gauche et un ovaire droit. Le diagnostic est évident à l'examen macroscopique.
Cas II — grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen macroscopique.
- RICHS (E. W.). — *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, 35, p. 316-319 — 1928 — Un cas de rupture de grossesse ovarienne.
- ROBIN (M.). — *Thèse de Paris*, 1937 —
Cas I — grossesse cortico-ovarienne jeune, macroscopiquement évidente, et vérifiée par l'histologie.

Cas II — grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.

ROBINSON (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

ROUFFART. — *Bulletin de l'Acad. Roy. de Med. de Belgique*, 1909 (4 fig.) — Règles survenues en leur temps, mais plus abondantes. Aussitôt après, inondation péritonéale dramatique. Ovaire rompu au niveau d'un hématome. Embryon de 7 m/m. Pas de déciduales — villosités.

RUBIN. — *The Am. J. of Obs. and Dis. of Child.*, 1911, LXIII, p. 814 (8 fig.) — Retard de règles de sept semaines. Douleurs, métrorragies. Signes cliniques d'inflammation péritonéale. A l'opération ascite et œdème pelvien, adhérences à l'ovaire. A la coupe, l'ovaire contient des villosités. Réaction déciduale. L'œuf est tombé de l'ovaire au cours de l'opération et n'a pas été examiné.

RUPP. — *Congrès de gynécologie de Westphalie*, 1937 — *Zentralbl f. gynäk.*, 1937, p. 1783 — Grossesse ovarienne jeune, intrafolliculaire, diagnostiquée à l'examen histologique.

RUSCH (H.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 63, p. 1801-1805 — 12 août 1939 — Un cas de grossesse ovarienne intrafolliculaire avec développement en partie intraligamentaire du sac fœtal. Fœtus de 31 cm.

RUSSELL (P. B.) et BLACK (W. T. Jr). — *South Surgeon*, 9, p. 114-121, février 1940 — Grossesse ovarienne primaire, revue de la littérature et rapport d'un cas inédit.

SAGERSON (R. J.). — *Pennsylvania-M. J.*, 36, p. 45-46, octobre 1932 — Un cas de grossesse ovarienne.

SANGER. — *Centralb f. gynäk.*, 1890 (d'après KANTOROWICZ) — Lithopédion dans un kyste fœtal en place de l'ovaire qui n'est pas retrouvé.

SANTTI (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme avec lithopédion.

SCHIKELE. — *Beit. z. Geb. u. gyn.*, 1907, XI, p. 317 (4 fig) — Retard de règles de deux mois. Drame péritonéal — Ovaire rompu. Caillots dans le Douglas dans lesquels on trouve des villosités. Trompe saine.

SCHNEIDER (E.). — *Hosp. Tid. Kibeuh.*, 64, 1921 (jydske med. selsk. forh.) p. 18-21 — Un cas de grossesse ovarienne.

SCHORSCH (W.). — *Arch. f. gynäk.*, 162, p. 371-378 — 1936 — Grossesse ovarienne à terme avec enfant vivant et bien portant.

SCHUBERT (G.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 53, p. 2268-2275 — 7 septembre 1929 — Un cas de grossesses intra-utérine et ovarienne simultanées. Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen macroscopique.

SCHULZE et ZIMMERMANN. — 1942 — Grossesse ovarienne à terme.

SEEDORF. — *Centralb f. gyn.*, 1915, XXXIV, p. 657 (non vérifié) — Grossesse ovarienne rompue.

SEREBRENIKOWA. — *Cent. f. gyn.*, 1913, XXXVII, n° 43, p. 1592 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

SENCERT et ARON. — *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1914-1915, XXIV, p. 1 — Aménorrhée, douleurs pelviennes. Grossesse ovarienne arrêtée depuis deux ans. On trouve dans l'ovaire un placenta vilieux de type primordial bien vivant. Pas d'embryon, mais cordon ombilical.

SFAKIANAKIS (J.). — *Klin. Wchnschr. Berl.*, 2, p. 882 — 1923 — Grossesse ovarienne à terme.

SIMON (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

SINEK. — *Bratislave Lekarske Listy*, An 15, n° 3, mars 1935 — Grossesse ovarienne superficielle.

SINGER. — *WIEN. Med. Wchnschr.*, 77, p. 1208 — 3 septembre 1927 — Grossesse ovarienne avec enfant anormal.

SITTLER (E.). — *Bull. Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 15, p. 522 — 1926 — Grossesse ovarienne à terme. Lithopédion pendant 44 ans.

SMYTH (G. S.) et MACKINTOSH (R. H.). — *South African. M. J.*, 13, p. 320-321 — 13 mai 1939 — Un cas de grossesse ovarienne à terme.

SOIKKELI (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

SPACKMANN (W. E.). — *Brit. Med. J.*, 1, p. 229-230 — 10 février 1934 — Grossesse ovarienne jeune typique macroscopiquement (embryon reconnaissable à l'intérieur de l'ovaire), survenue à la suite d'insufflation tubaire pour stérilité.

SPEARS (B. H.). — *Am., J. Surg.*, 43, p. 132-133, janvier

1939 — Grossesse ovarienne jeune rompue en même temps qu'un cystome de l'autre ovaire. Diagnostic à l'examen histologique.

SPIEGELBERG. — *Arch. f. gynäk.* — t. XIII, p. 73 — 1878
— Probablement grossesse ovarienne à terme mais peut-être grossesse tubaire rompue dans le ligament large. Pas d'examen histologique.

SSEREBRE NIKOWA (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

STEIN (I. F.) et LEVENTHAL (M. L.). — *Surg. Gynéc. obst.*, 45, p. 798-801, décembre 1927 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

STEINWEG (P.). — *Ztschr f. geburtsh. u. gynäk.*, 89, p. 380-383 — 1925 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

STRATZ. — *Nederl. Tyd. v. Verlosk. en. gyn.*, 1890 (d'après KANTOROWICZ) — Première relation d'une grossesse ovarienne jeune démontrée par la découverte de villosités au microscope.

STRAUSS (A.). — *Am. J. Obst. and gynéc.*, 18, p. 781-783, décembre 1929 — Un cas de grossesse ovarienne.

STRESOFF (K. B.). — *Odessky. M. J.*, 2, p. 269-273, janvier-juin 1927 — Grossesse ovarienne.

STUDDIFORD (W. E.) et LARDARO (H. N.). — *Am. J. Surg.*, 33, p. 566-569, septembre 1936 — Grossesse ovarienne jeune, reconnue à l'examen macroscopique et confirmée par l'histologie.

STUX (A.). — *Monat. für geburt. und gynäk.*, 87, p. 293-297, février 1931 — Même article dans : *Gyogyas-*

zat, 67, p. 977-982 — 30 octobre 1927 — Grossesse ovarienne superficielle. Diagnostic à l'examen histologique.

SUSSI (L.). — *Policlinico* (sez. prat.) 44, p. 719-723 — 12 avril 1937 — Rupture de grossesse intra-folliculaire ; pathogénie et traitement chirurgical d'un cas ; grossesse jeune reconnue à l'examen macroscopique : fœtus de 3 cm.

SUTTON (L. A.). — *Am. J. Obst. and gynec. S. Louis*, 7, p. 1-15 — 1924 — Grossesse ovarienne jeune — Diagnostic à l'examen macroscopique.

SUVANSA (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

SYNEK (J.). — *Bratisl. Lekar. listy*, 15, p. 477-480, mars 1935 — Grossesse ovarienne superficielle.

THOMPSON. — *Trans. of the Am. gyn. soc.*, 1902, XXVII, p. 338 (3 fig.) — Pas de retard de règles — douleurs abdominales — pas de sang dans le ventre — gros ovaire non rompu portant en saillie l'œuf à demi enchassé — sac amniotique contenant un embryon de 1/2 centimètre — villosités — pas de déciduale sur plus de cent coupes examinées.

THORÈK (M.). — *Illinois M. J. Oak Park*, 44, p. 106-111 — 1926 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique.

THORGERSEN (E.). — *Norsk mag. f. lægevidensk*, 94, p. 972-988, septembre 1933 — Etude générale de la grossesse ovarienne et publication de 2 cas personnels.

- THRO (W. C.). — *Am. J. of Obst. and gynec.*, 29, p. 457-458, mars 1935 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- TITUS (E. W.). — *Am. J. Obst. et gynec.*, 38, p. 516-518, septembre 1939 — Grossesse ovarienne.
- TONDEUR. — *J. de chir. et ann. soc. belge de chir.*, 35-33 — 96, avril et mai 1936 — Grossesse ovarienne jeune diagnostiquée à l'examen histologique.
- TOTH. — *Arch. f. gyn.*, 1896, LI, p. 410 — Grossesse ovarienne à terme.
- TREITE (P.) et DIEKE (M.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 63. p. 2424-2429 — 11 novembre 1939 — Etude générale de la grossesse ovarienne. Publication de 2 observations inédites de grossesse jeune diagnostiquées à l'examen histologique.
- TRONCI (L.). — *Arch. « de Vecchi » per anat. pat. et med. clin.*, 1, p. 298-311 — 1939 — Un cas de grossesse ovarienne — Etude clinique, anatomique et pathogénique.
- Von TUSSENBROEK (Catherine). — *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1899, décembre — Retard de règles de six semaines. Inondation péritonéale. Ovaire comme une noix. Trompe normale. Rupture de la coque ovarienne. Cavité embryonnaire avec germe de 12 millimètres. Œuf près d'un corps jeune. Le diagnostic entre cellules lutéiniques ou déciduales « n'est pas facile » elle conclut à l'absence de déciduale.
- TWEEDY HASTINGS. — *St Barth. Hosp. Report*, 1911, XLVI, p. 249 (non vérifié) — Grossesse ovarienne de 7 semaines. Diagnostic à l'examen histologique.

UHLE. — *München med. Wchnschr.*, 9, p. 153 — 1913 —
Grossesse ovarienne intrafolliculaire.

VANDERBEEKEN. — *Archives médicales belges*, An 95, n° 3,
mai 1942 — la grossesse ovarienne.

VERCO. — *Austr. med. Gaz.*, 1912, XXXI, p. 491 (non
vérifié) — Grossesse ovarienne jeune reconnue à
l'examen macroscopique (embryon). Pas de vérifica-
tion histologique.

VIEBERG (H.). — *Am. J. of Obst. and gynec.*, sept. 1926 —
Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen
histologique. L'auteur admet que toutes les hémor-
ragies ovariennes idiopathiques sont dues à une
grossesse.

VINEBERG (1926) (cité par GERSTEL). — Grossesse ova-
rienne jeune. Diagnostic histologique mis en doute
par MOULONGUET.

VOIGT (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune.
Diagnostic à l'examen macroscopique.

WAHL. — *Zentralbl fut gynäk.*, 25 avril 1936 — Gros-
sese ovarienne à terme avec enfant vivant.

WALTER. — *Mon. f. geburtek*, t. XVIII, p. 174 — Gros-
sese ovarienne à terme. Mort par péritonite et diag-
nostic fait à l'autopsie par l'examen macroscopique.

WARBANOFF (1909) (d'après MEYER et WYNNE) — Gros-
sese ovarienne à terme, absolument typique ma-
croscopiquement.

WARFIELD (W. A.) et WRIGHT (L. T.). — *Am. J. Obst.
et gynec.*, 33, p. 864-868, mai 1937 — Etude histo-

pathologique d'un cas de grossesse ovarienne intra-folliculaire, diagnostiquée à l'examen macroscopique.

WEBSTER Clarence. — *Trans. of the Am. gyn. Soc.*, 1904, XXIX, p. 65 (21 fig.) — Grossesse ovarienne de 3 mois environ. Diagnostic à l'examen macroscopique. La vérification histologique montre des villosités. Pas de déciduale nette.

— *Trans. of the Am. gyn. Soc.*, 1907, XXXII, p. 122 (2 fig.) — Grossesse ovarienne de 3 mois. Diagnostic à l'examen macroscopique (embryon de 2 cm.) Villosités. Tissu ovarien autour de l'œuf. Pas de déciduale.

WEIBEL (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

WEIL (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne à terme.

WENZKOWSKY (M. K.). — *Centralbl fur gynäk.*, 54, p. 600-606, 8 mars 1930 — Grossesse abdominale à terme avec fœtus mort. L'ovaire droit a disparu. On trouve des éléments ovariens en rapports avec les annexes de l'œuf.

WESTMANN (A.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 55, p. 130-135 — 17 janvier 1931 — Un cas de grossesse tubo-ovarienne.

WHITEHOUSE (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic fait à l'examen histologique discuté par MOULONGUET.

WILLIGK. — *Prager. Viert. f. Prakt. Heilk.*, 1859, t. III, p. 59 — Grossesse ovarienne de trois mois incluse dans le ligament large. Mort par hémorragie péritonéale.

WINKLER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

WINNIWARTER (cité par GERSTEL). — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

WOLLNER (A.). — *Am. J. Obst. and gynec.*, 23, p. 262-268, février 1932 — Cas de grossesse ovarienne jeune, typique à l'examen macroscopique. Commentaires étiologiques mettant en cause des troubles de l'ovulation.

WYDER. — *Arch. f. gyn.*, 1891, XLI, p. 153 — Grossesse ovarienne de 2 à 3 mois. Mort après l'opération.

YOUNG et HAWK. — *Am. J. Obst. and gynec.*, 26, p. 97-103, juillet 1933 — Grossesse ovarienne primaire ; un cas avec réaction déciduale. Fœtus de 26 mm. retrouvé dans un caillot.

YOUNG RHEA. — *The Boston Med. a. Surg. J.*, 1911 ; CLXIV, p. 264 (4 fig.) — Grossesse ovarienne jeune. Embryon reconnaissable. Villosités.

ZIMMERMANN (R.). — *Zentralbl f. gynäk.*, 51, p. 1569-1573 — 18 juin 1927 — Cas I : grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen macroscopique. Cas II et III : 2 grossesses ovariennes jeunes. Diagnostic à l'examen histologique.

ZUNTZ. — *Ztschr f. geburtsh u. gynäk Stuttg.*, 86, p. 199 — 1923 — Grossesse ovarienne jeune. Diagnostic à l'examen histologique.

